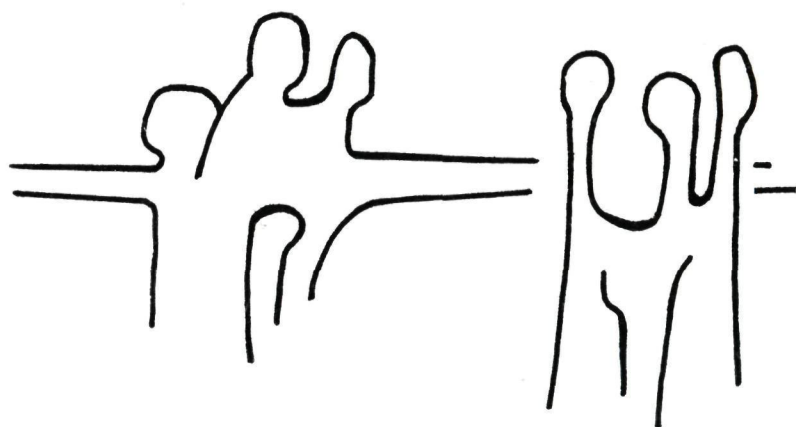


2853

Psychosociale problematiek en hulpzoeken

Een sociaal-epidemiologische studie
ten behoeve van de preventieve
geestelijke gezondheidszorg

C. M. H. Hosman



PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK EN HULPZOEKEN

**Een sociaal-epidemiologische studie
ten behoeve van
de preventieve geestelijke gezondheidszorg**

PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK EN HULPZOEKEN

Een sociaal-epidemiologische studie
ten behoeve van
de preventieve geestelijke gezondheidszorg

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van de graad van Doctor
in de Sociale Wetenschappen
aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen,
op gezag van de Rector Magnificus
Prof. Dr. J. H. G. I. Giesbers
volgens besluit van het College van Dekanen
in het openbaar te verdedigen op
donderdag 23 juni 1983,
des namiddags te 2 uur precies

door

Clemens Maria Henricus Hosman

geboren te Schiedam in 1947



SWETS & ZEITLINGER

LISSE
1983

Omslag ontwerp H. Veltman

Gedrukt bij Offsetdrukkerij Kanters B.V., Alblasserdam

© Copyright 1983 C. M. H. Hosman en Swets en Zeitlinger

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the publisher

ISBN 90 265 0480 2

voor An en Felix

DANKWOORD

Hoewel ik mij de afgelopen jaren vooral met de theoretische aspecten van het hulpzoeken heb bezig gehouden, heb ik ook zelf van dag tot dag ervaren hoe belangrijk hulp en steun van anderen is. Het schrijven van een dergelijk proefschrift roept veel wetenschappelijke en praktische problemen op, maar heeft vooral ook op ons persoonlijk leven een zware wissel getrokken. Dit boek zou niet geschreven zijn, als we de vele vormen van - vaak ongevraagde - ondersteuning van vrienden, familie en collega's hadden moeten missen. De totstandkoming van dit boek vormt op zich reeds een voor mijzelf indrukwekkend proces, dat de preventieve betekenis van hulp uit de directe omgeving overtuigend heeft aangetoond. In het bijzonder wil ik de volgende mensen bedanken:

- mijn vrouw An, die veel heeft bijgedragen ten einde dit proefschrift mogelijk te maken. Haar inhoudelijke betrokkenheid en taalgevoeligheid hebben een duidelijke weerslag gehad op de uiteindelijke tekst.
- de bevolking, Burgemeester en Wethouders van de gemeente Haps, alsmede enkele andere plaatselijke sleutelfiguren, die bereid waren aan dit onderzoek mee te werken en hierin heel wat van hun tijd hebben geïnvesteerd.
- de leden van het hometeam te Haps, in het bijzonder drs J. Bakker (huisarts), die een belangrijke ondersteunende en inspirerende rol hebben vervuld bij de opzet en uitvoering van het onderzoek binnen hun praktijk. Bovendien de plaatselijke kruisvereniging: gedurende een aantal maanden hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de door hen aangeboden faciliteiten in het Wit-Gele-Kruisgebouw.
- de Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg te Boxmeer en Oss, in het bijzonder drs. Ton van den Berg en drs Guus Jeurissen, die met veel zorg en inzet dit project mee hebben opgezet en aan de uitvoering ervan hebben geparticipeerd. Van hen heb ik veel geleerd over de praktijk van de AGGZ
- de studenten en vrijwilligers, die nagenoeg onbezoldigd, maanden lang een enorme hoeveelheid werk hebben verzet bij het ontwikkelen van de vragenlijst, en bij het afnemen en verwerken van de interviews. Voorts wil ik dank zeggen aan de onderzoeksassistenten die een belangrijk aandeel hebben gehad in de uitwerking van het onderzoek, nl. Jos Brand, Joop Furer, Jan-Pieter Hoogma, Wil Jeurgens, Hans Koot en Ria Romeijn. In het bijzonder wil ik Jacomine de Lange bedanken die als onderzoeksassistent met een bewonderenswaardige volharding en exaktheid veel taai werk heeft verzet, de verschillende versies van het manuscript krities heeft doorgenomen en vooral in de 'moeilijke fasen' een belangrijke steun voor ons was.
- drs. Peter Fransen, die in de afrondingsfase van zijn huisartsspecialisatie een wezenlijk onderdeel van deze studie, nl. het registratie-onderzoek, voor zijn rekening heeft genomen.
- het bestuur en de medewerkers van de RIAGG-Nijmegen en van de voormalige Protestantse Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg. De gezamenlijke discussies over de RIAGG-vorming vormden een belangrijke inspiratiebron. In het bijzonder wil ik hier mijn collega's van het preventieteam noemen. Hun praktijkervaringen, discussies over thema's

- uit dit boek en hun warme belangstelling voor mijn wel en wee had ik niet graag willen missen.
- de kollega's van de vakgroep Klinische Psychologie, met name degenen die in de afgelopen periode een deel van mijn werklast hebben overgenomen of op een andere wijze de afronding van dit dissertatieproject hebben mogelijk gemaakt.
 - medewerkers van de groep Rekentechnische Dienstverlening en de vakgroep Mathematische Psychologie, met name Marlène Raaymakers en dr. Arnold van de Wollenberg, die mij geholpen hebben bij de analyse van de onderzoeksresultaten.
 - prof. dr. J.F.M. Jaspars, die voor zijn vertrek naar Oxford aanvankelijk mijn promotor was. In deze periode en gedurende mijn doktoraalstudie heeft hij veel bijgedragen tot mijn wetenschappelijke vorming.
 - prof. dr. H. Philipsen, hoogleraar in de medische sociologie aan de R.U. te Maastricht, die bij de opzet van het bevolkingsonderzoek vele waardevolle adviezen heeft gegeven.
 - drs. Jos Swarte en - wijlen - drs. Leo Bayer, die mij als opleiders vertrouwd hebben gemaakt met het gebied van de geestelijke volksgezondheid en aan wie ik mijn belangstelling voor de relatie tussen praktijk, theorie en onderzoek te danken heb.
 - Ria Walraven-Eikhout, die dit omvangrijke manuscript met veel zorg en gevoel voor lay-out heeft getypt en de samenwerking met de nodige gezelligheid en humor wist te combineren. Tevens wil ik Thea Jagtenberg-Eikhout bedanken voor haar assistentie bij het vele typewerk.
 - Colin Brown, die met grote zorgvuldigheid en stijlgevoel de engelse vertaling van de samenvatting verzorgde.
 - mijn moeder, die mij vaak een hart onder de riem heeft gestoken en die voor mij in deze periode een inspirerend voorbeeld was van doorzettingsvermogen.
 - en voorts de vrienden en vriendinnen die ons op vele wijzen hebben geholpen en voor wie we anderzijds zo weinig tijd hadden.

inhoud

INLEIDING

DEEL I	THEORETIESE VERKENNING	1
1.	BETEKENIS VAN DE SOCIALE EPIDEMIOLOGIE VOOR DE PREVENTIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	3
2.	DE AGGZ EN DE BEHOEFTE AAN PSYCHOSOCIALE HULP IN DE SAMENLEVING: EEN AFSTEMMINGSPROBLEEM	31
3.	SIGNALEREN VAN RISIKOGROEPEN	61
4.	HET 'TOP VAN DE IJSBERG' FENOMEEN	91
5.	HULPZOEKEN: ACHTERGRONDEN EN PROCES	119
DEEL II	HET EMPIRIES ONDERZOEK: PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN HULPZOEKEN IN EEN DORPSGEMEENSCHAP	167
6.	HET ONDERZOEK: ACHTERGRONDEN, OPZET EN UITVOERING	169
7.	PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN DE SIGNALERING VAN RISIKOGROEPEN IN DE BEVOLKING	235
8.	HULPZOEKEN BIJ PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN	271
9.	PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE BEVOLKING EN DE PRESENTATIE VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	321
	SAMENVATTING	359
	SUMMARY	373
	LITERATUUR	379
	BIJLAGEN	401
	NAMENREGISTER	429
	BEGRIPPENREGISTER	433
	CURRICULUM VITAE	438

INLEIDING	
DEEL I THEORETIESE VERKENNING	1
1. BETEKENIS VAN DE SOCIALE EPIDEMIOLOGIE VOOR DE PREVENTIEVE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	3
1.1 Inleiding	3
1.2 Problemen en ontwikkelingen in de huidige AGGZ	4
1.3 Probleemoplossen en besluitvorming als een gefaseerd proces	6
1.3.1 De fase van de probleemanalyse	8
1.3.2 De fase van de strategie-ontwikkeling	10
1.3.3 De fase van de uitvoering	11
1.3.4 De fase van de evaluatie	11
1.3.5 Aard van informatiebehoeften	12
1.4 Informatie: begripsbepaling en kwaliteit	13
1.4.1 Het begrip 'informatie'	14
1.4.2 Kwaliteit van informatie	15
1.5 Sociale epidemiologie	17
1.5.1 Een omschrijving van het gebied	17
1.5.2 De strategie van de epidemiologische kennisverwerving	19
1.5.3 Een praktijkgerichte indeling	20
1.5.4 Probleem-analytisch onderzoek	22
1.5.4.1 doelstellingen-onderzoek	22
1.5.4.2 probleembeschrijvend onderzoek	22
1.5.4.3 probleemverklarend onderzoek	23
1.5.4.4 probleemvoorspellend onderzoek	25
1.5.4.5 prioriteitsanalyse	26
1.5.5 Strategie-ondersteunend onderzoek	26
1.5.6 Evaluatie-onderzoek	27
1.5.7 Instrumenteel-nomologies onderzoek	28
1.6 Verhouding tussen sociale epidemiologie en 'program evaluation'	28
1.7 Samenvatting	29
2. DE AGGZ EN DE BEHOEFTE AAN PSYCHOSOCIALE HULP IN DE SAMENLEVING: EEN AFSTEMMINGSPROBLEEM	31
2.1 Inleiding	31
2.2 'Community mental health centers' en 'needs assessment'	33
2.3 Het aanbod-behoefte paradigma	35

2.3.1	Het begrip 'behoefte'	36
2.3.2	Relatie tussen de begrippen: behoefte, probleem en hulpbehoefte	38
2.3.3	Psychosociale nood en behoefte aan professionele hulp	38
2.3.4	Subjektieve en 'objektieve' behoeften	40
2.3.5	De dubbele kritiek op de hantering van het behoefte-vraagstuk door de AGGZ	42
2.3.6	Samenvatting	44
2.4	Fasering in drievoud	45
2.5	Fasering van de behoefte-analyse	46
2.6	Nivo's waarop behoeften worden bepaald	46
2.7	Strategieën van behoefte-analyse	49
2.7.1	Bronnen	49
2.7.2	Methoden	51
2.8	Naar een Integrale behoefte-analyse	57
2.9	Samenvatting	58
3.	SIGNALEREN VAN RISIKOGROEPEN	61
3.1	Inleiding	61
3.2	Signaleren in de preventieve AGGZ	62
3.2.1	Signaal, signaleren en signaleringstaak	62
3.2.2	Interpretatie van signalen	64
3.3	De risico-benadering	65
3.3.1	Het maatschappelijk gebruik van risico-analyses	66
3.3.2	Het risikobegrip in de preventieve AGGZ	67
3.3.3	Het begrippenkader van de risikobenadering	69
3.3.4	Signaalwaarde en preventieve waarde van risico-indicatoren	76
3.3.5	Het multifactoriële denken in de risikobenadering	78
3.3.6	Het nut van risikobenaderingen voor de preventie	81
3.4	Enkele risico-indicatoren nader belicht vanuit sociaal-epidemiologisch onderzoek	81
3.4.1	Risico-indicatoren in een drietal Nederlandse studies	82
3.4.2	Sexe	84
3.4.3	Leeftijd	85
3.4.4	Burgerlijke staat	85
3.4.5	Sociaal-ekonomiese status	86
3.4.6	Godsdienst	87
3.4.7	Urbanisatiegraad	87
3.5	Samenvatting	87
4.	HET 'TOP VAN DE IJSBERG' FENOMEEN	91
4.1	Inleiding	91
4.2	De 'top van de ijsberg' metafoor	92

4.3	De twee hypothesen van het ijsberg-fenomeen	94
4.4	Achtergronden van studies over het ijsbergfenomeen	95
4.4.1	Adequate afstemming van hulpaanbod op hulpbehoefte	95
4.4.2	Evaluatie van de toename van de hulpvraag bij professionele instanties	96
4.4.3	Opsporen van mogelijkheden voor sekundaire preventie	97
4.4.4	Validiteit van epidemiologische kennis op basis van behandelingscijfers	98
4.5	Empiries onderzoek over het ijsberg-fenomeen: een literatuuroverzicht	100
4.5.1	Opname in een psychiatrische inrichting als criterium	101
4.5.2	Kontakt met intramurale en ambulante GGZ als criterium	103
4.5.3	De psychosociale hulpvraag bij de huisarts als criterium	108
4.5.4	Is het ijsberg-fenomeen een artefact	110
4.6	Samenvatting en discussie	113
4.7	De beleidsmatige betekenis van de ijsberg-metafoor	114
4.8	Alternatieve oplossingen voor het behoefte-aanbod vraagstuk	116
5.	HULPZOEKEN: ACHTERGRONDEN EN PROCES	119
5.1	Inleiding	119
5.2	Demografische variabelen en hulpzoekgedrag	121
5.2.1	Sociaal Cultureel Rapport 1980	122
5.2.2	Sexe	123
5.2.3	Sociaal-ekonomische status	125
5.2.4	Overige demografische variabelen	128
5.2.5	Konklusies	128
5.3	Kognitieve modellen over ziekte- en gezondheidsgedrag	129
5.3.1	Het Health Belief Model	130
5.3.2	Het ziektegedragmodel van Andersen	132
5.3.3	Kanttekeningen en konklusies	134
5.3.4	Relatie tussen opvattingen, houding en gedrag: nader beschouwd	136
5.3.5	De theorie van Fishbein	139
5.4	Fasenmodellen van het hulpzoekproces	143
5.4.1	Philipsen (1968): een besliskundig model van het verloop van een ziektegeval	143
5.4.2	Intermezzo: twee opvattingen over gedrag	145
5.4.3	Gurin et al.(1960): hulpzoeken als fase in een probleemoplossend proces	146
5.4.4	Andere fasenmodellen van hulpzoeken bij psychosociale problemen	150
5.5	Een voorlopige balans	153
5.6	Naar een theoretisch model van hulpzoekgedrag	154

5.6.1	Hulpzoeken als brugfunctie tussen het eigen probleem-oplossend vermogen en sociale ondersteuning	155
5.6.2	Preventieve waarde van sociale ondersteuning	156
5.6.3	Een kontrasterende bevinding	158
5.6.4	'Self disclosure'	159
5.7	Beschrijving van het theoreties model	161
DEEL II	HET EMPIRIES ONDERZOEK: PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN HULPZOEKEN IN EEN DORPSGEMEENSCHAP	167
6.	HET ONDERZOEK: ACHTERGRONDEN, OPZET EN UITVOERING	169
6.1	Geschiedenis van projekt en probleemstelling	169
6.2	Onderzoeksvragen	175
6.3	Beschrijving van de AGGZ en haar verzorgingsgebied	177
6.3.1	De AGGZ in de regio Noord-Oost Brabant	177
6.3.2	De subregio	178
6.4	Onderzoeksstrategie	179
6.4.1	Keuze van onderzoeksmethoden en informatiebronnen	179
6.4.2	Keuze voor een dorpsstudie	183
6.4.3	Beschrijving van de onderzoeksgemeente	185
6.5	Representativiteit van de onderzoeksgemeente ten opzichte van de subregio	185
6.5.1	Een sociaal-demografiese vergelijking	186
6.5.2	Enkele vergelijkingen met betrekking tot de gezondheids- en welzijnszorg	189
6.6	De steekproef binnen de onderzoeksgemeente	191
6.6.1	Selektie van de steekproef	191
6.6.2	Representativiteit van de steekproef	192
6.7	Het survey-onderzoek bij de bevolking	193
6.7.1	Vooronderzoek	193
6.7.2	Variabelen en hun operationalisatie	194
6.7.2.1	demografiese variabelen	195
6.7.2.2	variabelen met betrekking tot psychosociale problematiek	198
6.7.2.3	hulpzoekgedragingen	207
6.7.2.4	mediërende variabelen	211
6.7.2.5	sociale wenselijkheid	216
6.7.3	Interviewsituatie: kenmerken van interview en interviewer	219
6.7.4	Introductie van het onderzoek in de dorpsgemeente	222
6.7.5	Verloop van de interviewkampagne	223
6.8	Het registratie-onderzoek in de huisartspraktijk	224
6.8.1	Benadering van de huisartsen	224

6.8.2	Selektie van gegevens en onderzoeksvariabelen	225
6.8.3	Registratiemethoden van de huisartsen	226
6.9	Hypothesen	227
6.10	Analyse-strategie	229
7.	PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN EN DE SIGNALERING VAN RISIKOGROEPEN IN DE BEVOLKING	235
7.1	Inleiding	235
7.2	Indrukken van lokale sleutelfiguren	236
7.3	Het vóórkomen van psychosociale problemen volgens het bevolkingsonderzoek	237
7.3.1	Het oordeel over 'de problemen in het dorp'	237
7.3.2	Resultaten voor de afzonderlijke probleemindikatoren	238
7.3.3	Relaties tussen probleemindikatoren	243
7.3.4	Schatting van de totale prevalentie aan psychosociale problematiek, respectievelijk psychosociale nood	244
7.4	Lokalisering van risikogroepen	250
7.4.2	Leefverband en burgerlijke staat	256
7.4.3	Sociaal-ekonomiese status	257
7.4.4	Levensbeschouwing	258
7.4.5	Sociale integratie	260
7.4.6	Demografiese factoren	262
7.4.7	Regressie-analyse	264
7.4.8	Hoogte van de risico's: identifikatiewaarde	266
7.5	Konklusies	268
8.	HULPZOEKEN BIJ PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN	271
8.1	Inleiding	271
8.2	Inventarisatie van mogelijke probleemreakties, respectievelijk hulpzoekgedragingen	272
8.2.1	De reakties in relatie tot Gurin's typologie	272
8.2.2	Inventarisatie van potentiële hulpverleners	275
8.3	'Voor zich houden' of 'hulpzoeken'	276
8.3.1	Enkele antwoordverdelingen	277
8.3.2	Validiteit van het onderscheid tussen 'hulpzoekers' en 'zelfoplossers'	279
8.4	Richting van het hulpzoekgedrag	282
8.5	Volgorde van hulpzoekgedragingen	294
8.6	Relatie tussen het zoeken van informele en professionele hulp	297
8.7	Het wisselen van de rol van hulpvrager en hulpverlener	301
8.8	Resultaten met betrekking tot sociale selektie in het hulpzoekgedrag	302

8.8.1	Sexe en leeftijd	304
8.8.2	Leefverband en burgerlijke staat	306
8.8.3	Sociaal-ekonomiese status	308
8.8.4	Levensbeschouwing	310
8.8.5	Sociale integratie	310
8.8.6	De regressie-analyse	311
8.8.7	Het hulpzoekgedrag van de risikogroepen	312
8.9	Konklusies	314
9.	PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN IN DE BEVOLKING EN DE PRESENTATIE VAN PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	321
9.1	Inleiding	321
9.2	Enkele algemene morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijk	323
9.3	Psychosociale klachten in de huisartspraktijk	326
9.3.1	Enkele literatuurgegevens	326
9.3.2	Resultaten	327
9.3.3	Verwijsgedrag en het voorschrijven van psychofarmaka door de huisarts	329
9.4	Relatie met psychosociale problematiek in de bevolking	330
9.4.1	De lineaire variant	330
9.4.2	De kromlijnige variant	333
9.4.3	Klachtgedrag van probleemgroep, 'psychosociale nood'-groep en risikogroepen	336
9.5	Relatie met sociaal-psychologische variabelen	338
9.5.1	Houdingen ten aanzien van hulpzoekgedragingen	340
9.5.2	Subjektieve sociale normen	343
9.5.3	Beschikbaarheid van kontakten met de huisarts	343
9.5.4	Vaardigheden en gedragsgewoonten	344
9.6	Relatie met demografische variabelen	346
9.6.1	Sexe en leeftijd	346
9.6.2	Leefverband en burgerlijke staat	349
9.6.3	Sociaal-ekonomiese status	349
9.6.4	Levensbeschouwing	350
9.6.5	Sociale integratie	350
9.7	Regressie-analyse	350
9.8	Konklusies	352
	SAMENVATTING	359
	SUMMARY	373

LITERATUUR	379
BIJLAGEN	401
NAMENREGISTER	429
BEGRIPPENREGISTER	433
Curriculum vitae	438

inleiding

Hulpvragen verwijst naar een van de meest primaire vormen van sociaal gedrag. Hulpzoeken is immers een pure uitdrukking van het existentiële gegeven dat we als mens voor ons voortbestaan en welzijn van elkaar afhankelijk zijn. Gezien deze fundamentele afhankelijkheid is het vragen, geven en ontvangen van hulp een wezenlijk bestanddeel van ons gedragsrepertoire. Hulpvragen en ontvangen is een van de eerste gedragingen die we leren. Het huilen van een baby omdat het voedsel of aandacht wil is hiervan een duidelijk voorbeeld. Kan een kind lopen maar nog niet praten, dan trekt het een van de ouders aan de hand en brengt deze naar de plaats, waar het de puzzel niet in elkaar krijgt, naar de deur die niet opengaat of het wijst naar een te hoge boekenplank waarop de felbegeerde koekjestrommel staat. Mussen et al. (1969, pag. 134) stellen zelfs dat het 'motive of instrumental aid of help from others' bij het oplossen van problemen een van de gedragsmotieven is, welke cruciaal zijn voor de persoonlijkheidsontwikkeling. Ook in latere fasen van het socialisatieproces vormt het hulpzoeken en hulpverlening een belangrijke ontwikkelingsfaktor. Ouders, vrienden of vriendeninnen wordt gevraagd te helpen bij het maken van huiswerk; de ene ouder wordt gevraagd te helpen bij een konflikt met de andere ouder; of het kind wordt gevraagd zelf hulp te geven aan broers of zussen, ouders of vrienden(-innen), wanneer deze met grotere of kleinere problemen zitten. Deze voorbeelden illustreren dat hulpzoeken kan worden opgevat als een natuurlijk bestanddeel van het dagelijks leven en als een onmisbare schakel in het proces van groei en ontwikkeling.

Hoewel we van kinds af zozeer vertrouwd zijn met hulpzoeken, blijkt onder volwassenen het zoeken of aksepteren van hulp desondanks voor velen problematies. Het is misschien juist omdat het hulpzoeken sterk geassocieerd wordt met groeien, 'het kind-zijn' en 'afhankelijkheid', dat in onze kultuur de afwezigheid van hulpzoeken vaak wordt beschouwd als een teken van volwassenheid. Hoe minder men een beroep doet op de hulp van anderen, hoe meer men als volwassen of zelfstandig wordt beschouwd. Volwassen worden betekent dan dat men steeds minder op de hulp van anderen is aangewezen. Zo wordt het mogelijk dat bij volwassenen hulpzoeken niet zelden een negatieve bijklank krijgt. Zij vormt als het ware een uiting van persoonlijk onvermogen, van falen en mislukken. In de gedachtengang van volwassenen impliceert het niet (meer) alleen aankunnen en hulpzoeken of nodig hebben een devaluatie van de waardering die anderen over ons en die wij over onszelf hebben. Een opvatting die waarschijnlijk vooral naar voren komt wanneer hulp minder technie en van meer persoonlijke aard is. Beschouwen we het vermogen tot hulpzoeken echter ook voor volwassenen als een belangrijke voorwaarde tot verdere persoonlijke groei, en tot het behoud of herstel van het persoonlijk of psychosociaal welbevinden dan is het belangrijk ons af te vragen of het vermogen tot hulpzoeken bij volwassenen niet eerder wordt afgeleerd dan versterkt. Onderzoek naar hulpzoekgedrag bij psychosociale problemen en de factoren die daarop van invloed zijn, kan dan ook belangrijke informatie opleveren voor de geestelijke gezondheidszorg. Deze gedachtengang vormt de kern van de motivatie voor de voorliggende studie.

De belangstelling voor dit thema is ontstaan tijdens een eerder survey-onderzoek rond 1970, waaraan ik toen nog als student-assistent bij de vakgroep Sociale Psychologie van de K.U. Nijmegen participeerde (Hosman en Swarte, 1973a, 1973b; Hirs en Hosman, 1975). Het betrof een studie onder auspiciën van de toenmalige Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid. De studie handelde over de psychosociale hulpverlening door eerstelijns werkers en over hun verwijsgedrag naar de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ). In hoofdstuk 6 gaan we nog uitvoerig in op het verloop en de resultaten ervan. Ze kwam voort uit de idee dat er een te grote afstand bestond tussen de AGGZ en de bevolking. Mede hierdoor zou de AGGZ onvoldoende in staat zijn om de veronderstelde behoefte aan haar zorg in de samenleving te dekken. In deze studie was de aandacht vooral gericht op de rol van eerstelijns werkers en andere sleutelfiguren als verbindings-schakel tussen bevolking en AGGZ. In de studie, waarover in dit boek wordt gerapporteerd, staat de bevolking zelf centraal met de daarin voorkomende psychosociale problematiek en een grote variëteit aan hulpzoekgedragingen.

Het voorgaande weerspiegelt reeds de grondhouding van waaruit dit boek is geschreven: de professionele psychosociale zorg - in dit geval toegespitst op de AGGZ - dient inhoud, vorm en organisatie van haar hulp, meer dan in het verleden, af te stemmen op de noden, probleemoplossende gewoonten en hulpbehoeften van de bevolking, respectievelijk van die bevolkingsgroepen die haar hulp het meeste nodig hebben. Deze populatiegerichte grondhouding contrasteert met de grondhouding die in de AGGZ lang heeft gedomineerd en daarin nog steeds sterk vertegenwoordigd is, en waarin de belangen van de hulpverleners zelf en de veronderstelde belangen van de reeds aangemelde klanten het meest bepalend zijn voor het beleid.

Deze populatiegerichtheid is uiteraard geen nieuw idee. Zij vormt een kernthema in de zogenoemde 'Community Mental Health Movement' (CMHM), welke zich aan het eind van de vijftiger jaren in de V.S. heeft ontwikkeld als een reactie op de ineffektiviteit en een aantal mistoestanden binnen de toenmalige geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 2). De ideeën en ervaringen van deze CMHM hebben inmiddels ook op de ontwikkelingen in ons land een belangrijke invloed gehad met name op de regionalisatie binnen de AGGZ. Ook voor mijzelf zijn de ideeën van de CMHM in de afgelopen periode een zeer belangrijke inspiratiebron geweest bij de ontwikkeling van een visie op de geestelijke gezondheidszorg. Mijn kennismaking met de CMHM berust deels op de bestudering van de vele literatuur die hierover in de afgelopen twintig jaar verschenen is en waarmee ik vanuit mijn onderwijs-taak op het terrein van de preventie werd gekonfronteerd, deels op een studiereis naar de V.S. en Canada, waarin ik een aantal Community Mental Health Centers en enkele studiecentra op dit terrein bezocht. De CMHM vormt voor mij nog steeds een belangrijk identifikatiekader, omdat ik er meer van mijn opvattingen over de sociale en maatschappelijke invloeden op het menselijk welzijn in herken dan tot dusverre in de praktijk van de AGGZ - althans naar mijn ervaring - mogelijk bleek.

Een van de eerste Amerikaanse studies, waarin het hier geschetste populatiegerichte denken duidelijk gestalte kreeg, is het nationale survey-onderzoek van Gurin, Veroff en Feld, dat in 1960 gepubliceerd werd onder de titel "Americans view their mental health". Deze studie werd uitgevoerd in opdracht van de Joint Commission on Mental Health and Illness, welke door de federale overheid was ingesteld, ten einde adviezen uit te brengen

over noodzakelijke hervormingen in de geestelijke gezondheidszorg. De auteurs beschrijven in hun boek een fasenmodel over het hulpzoekgedrag en andere probleemreacties, dat ik als uitgangspunt van dit onderzoek heb gekozen (HOOFDSTUK 5). Zij konkluderen uit hun studie onder meer dat veel mensen bij wie een behoefte aan psychiatrische of andersoortige professionele hulp verondersteld wordt, dergelijke hulp uiteindelijk niet ontvangen. Deze konklusie is door een groot aantal andere studies, die eveneens over het zogenoemde 'top van de ijsberg' fenomeen handelen, bevestigd (HOOFDSTUK 4).

Uit het onderzoek van Gurin et al. bleek voorts dat het al of niet ontvangen van professionele hulp bij psychosociale problematiek sterk gerelateerd is aan de aanwezigheid van psychologische en situationele barrières, en tevens aan een reeks van demografische variabelen. Dit betekent dat bepaalde bevolkingsgroepen, zoals b.v. de lagere sociaal-ekonomische groeperingen, blijkens hun onderzoek minder kans hadden om adequate professionele hulp te krijgen dan andere bevolkingsgroepen. Zij bevestigden hiermee eerdere bevindingen uit de bekende epidemiologische studie van Hollingshead en Redlich (1958): 'Social class and mental illness'. Sindsdien is ook uit vele andere studies gebleken dat het zoeken van professionele hulp niet alleen bepaald wordt door de aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek, maar - onafhankelijk daarvan - ook door vele andere psychologische en sociale factoren. Greenley en Mechanic (1976) spreken hier van 'sociale selectie in het hulpzoeken'. In HOOFDSTUK 5 geven we een overzicht van een aantal van deze factoren. We hebben bovendien gepoogd deze factoren met behulp van het 'Health Belief Model' (Becker, 1979), de houding-gedrag theorie van Fishbein en Ajzen (1975) en enkele fasenmodellen te integreren in één theoretisch model van hulpzoekgedrag.

Veel oudere studies, zoals de hiervoor genoemde, en ook ons eerder onderzoek over het verwijsgedrag van eerstelijnsverpleegkundigen, hebben het hulpzoekgedrag bestudeerd vanuit de opvatting dat de professionele geestelijke gezondheidszorg onvoldoende bereikt wordt door degenen die haar hulp nodig hebben, voorts dat de barrières daarvoor moeten worden opgespoord en weggenomen, en dat iedereen gelijke kansen dient te hebben op adequate professionele hulp.

Uitgaande van een PREVENTIEVE OPTIEK is het echter mogelijk het hulpzoekgedrag vanuit meerdere gezichtspunten te bestuderen. Aangezien ik mij in mijn werk op de universiteit en als part-time medewerker van een AGGZ-instelling vooral met preventie bezig houd, heeft deze preventieve optiek in dit boek ruimte aandacht gekregen. Zij loopt er als het ware als een rode draad doorheen.

Alvorens nader op de relatie tussen preventie en hulpzoeken in te gaan, zal ik eerst verduidelijken op welke wijze de term 'preventie' in dit boek zal worden gebruikt en binnen welke organisatorische kontekst. Zoals we in paragraaf 4.7 en 8.4 nog zullen toelichten, maakt het veel verschil uit vanuit welke positie of hulpverleningskader de term 'preventie' wordt gebruikt. Hoewel in deze studie ook zal worden ingegaan op de hulpverlenende rol van eerstelijnsverpleegkundigen, in het bijzonder de huisarts, is het geschreven vanuit de positie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ), die streeft naar een optimalisering van haar hulpverlening en een steeds preventievere invulling van haar taak.

Deze studie beoogt dan ook in de eerste plaats een ondersteuning te bieden bij de verdere ontwikkeling van de preventiesektor binnen deze AGGZ. Sinds het begin van de jaren '70 zijn er in AGGZ-instellingen preventiefunktionarissen, ook wel preventiewerkers genoemd, aangesteld. Ondanks alle bezuinigingen is door de overheid en de ziekenfondsen aan de verdere ontwikkeling van deze preventiesektor prioriteit gegeven. Dit heeft de afgelopen jaren geresulteerd in een uitbreiding van het aantal preventiewerkers binnen Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's) en de Consultatieburo's voor Alcoholisme en Drugs (CAD's). Preventiewerkers hebben tot taak in deze instellingen een preventiebeleid te ontwikkelen en te helpen uitvoeren dat - voor wat de RIAGG's betreft - past binnen een door de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) vastgesteld preventiebeleid. Dit is vastgelegd in een gespecificeerd takenpakket voor een RIAGG, de zogenoemde 'Groslijst' (NVAGG, 1978), en in een landelijke preventienota (NVAGG, 1981). Zoals uit een eerdere studie (Brand, Brinxma en Hosman, 1982) blijkt, zijn bij de uitvoering ook vele therapeuten en andere kuratieve werkers in de AGGZ betrokken.

Ik zal me in dit boek baseren op Caplan's onderscheid in primaire, sekundaire en tertiaire preventie (Caplan, 1964), omdat dit onderscheid in mijn ervaring binnen de preventiepraktijk een bruikbaar kader biedt voor het maken van doelgerichte beleidskeuzen en ook door vele kollega-preventiewerkers als zodanig wordt gehanteerd. Bovendien weerspiegelt dit onderscheid de verschillende optieken, van waaruit het hulpzoekgedrag kan worden bestudeerd.

PRIMAIRE PREVENTIE betekent: voorkomen dat psychosociale stoornissen of nood¹⁾ ontstaan. Anders gezegd: voorkomen dat mensen zodanig in psychosociale problemen verstrikt raken dat zij daarin vastlopen en professionele hulp nodig hebben. Onder SEKUNDAIRE PREVENTIE vallen de activiteiten die erop gericht zijn om (dreigende) psychosociale stoornissen in een vroegtijdiger stadium te onderkennen en eerder professionele hulp te bieden, dan tot dusverre gebruikelijk is binnen de bestaande hulpverlening in de eerste of tweede lijn. Verondersteld wordt dat hierdoor de ontwikkeling van ernstiger stoornissen en van langdurige en intensieve behandelingen kan worden voorkomen. TERTIAIRE PREVENTIE heeft tot doel de negatieve gevolgen van aanwezige psychosociale stoornissen of van de behandeling ervan tot een minimum te beperken, om zo te voorkomen dat deze gevolgen de bron vormen voor een verergering van de stoornis of het ontstaan van nieuwe stoornissen. Hoewel we hier in overeenstemming met Caplan de term 'stoornis' gebruiken, zullen we in dit boek vaak de term 'nood' als equivalent gebruiken om daarmee ook semanties duidelijk te maken dat het hier uiteindelijk gaat om de hulpverlening bij en het voorkomen van menselijk lijden.¹⁾

Gezien het thema van deze studie en de lokalisering ervan binnen de interactie tussen bevolking, eerste lijn en AGGZ, zijn hier vooral de primaire en sekundaire preventie aan de orde. Bestuderen we het hulpzoeken vanuit een sekundair-preventieve optiek, dan gaat het om de vraag: Waarom zoekt een deel van degenen die in psychosociale nood verkeren geen professionele hulp of bereikt deze hulp hen uiteindelijk niet of pas in een zeer laat stadium? Wat kan er gedaan worden om aanwezige barrières weg te nemen,

¹⁾ Voor een definitiëring van deze termen zie pag. 38

zodat meer mensen en liefst in een eerder stadium worden bereikt. Vanuit een primair-preventieve optiek ligt de vraag juist andersom: Hoe kan voorkomen worden dat mensen in een psychosociale noodsituatie terecht komen, waarin zij genoodzaakt zouden zijn professionele hulp te zoeken? Bestudering van het hulpzoekgedrag krijgt in dit tweede geval een geheel andere invulling. De laatste jaren is er een groeiende belangstelling ontstaan voor mantelzorg, zelfhulpgroepen en andere niet-professionele ondersteunings-systemen (Hattinga Verschure, 1972; Caplan, 1974; Caplan en Killilea, 1976; Romme, 1974; Harberden en Lafaille, 1978). Deze belangstelling roept de vraag op of de beschikbaarheid van informele hulp een substantiële bijdrage kan leveren in het voorkomen van psychosociale noodsituaties en daarmee van een behoefte aan professionele hulp. In paragraaf 5.6 is de beschikbare informatie uit de onderzoeksliteratuur hierover samengevat en in hoofdstuk 8 en 9 worden eigen onderzoeksresultaten hieromtrent gepresenteerd. Met deze tweede optiek komen we weer terug bij de opmerkingen die we aan het begin van deze inleiding hebben gemaakt over het hulpzoeken als een cruciale faktor in de ontwikkeling van een gezonde persoonlijkheid.

Hoewel de primaire en de sekundaire preventie verschillende optieken vertegenwoordigen van waaruit we hulpzoekgedrag kunnen bestuderen, kunnen beide optieken uiteindelijk bijdragen tot het overbrengen van de diskrepantie tussen de behoefte en het aanbod aan professionele hulp: De primaire preventie door de behoefte aan professionele hulp te verlagen, de sekundaire preventie door het aanbod beter en vroegtijdiger te doen aansluiten op de aanwezige behoeften. In paragraaf 4.7 geven we een meer uitgebreide schets van de beschikbare beleidsalternatieven binnen de AGGZ, om behoefte en aanbod aan professionele hulp beter op elkaar te doen afstemmen.

Het onderzoek waarover in dit boek wordt gerapporteerd kent een lange voorgeschiedenis, die aan het begin van hoofdstuk 6 wordt beschreven. Dit boek zou oorspronkelijk een wat andere opzet krijgen dan nu in feite het geval is. De studie is begonnen met een konkrete vraagstelling van een AGGZ-instelling in het Land van Cuyk (vestiging Boxmeer). Ten behoeve van hun hulpverlenings- en preventiebeleid vroeg men een ondersteunend onderzoek te verrichten binnen hun verzorgingsgebied naar het voorkomen van psychosociale problematiek, de spreiding ervan binnen de bevolking, de mate waarin mensen van diverse hulpverleningsinstanties gebruik maken en naar de factoren die uiteindelijk bepalen of er al of niet een beroep gedaan wordt op AGGZ-hulp. In de aanvankelijke opzet zou de studie een sterk lokaal en aktiegericht karakter krijgen.

Uiteindelijk heeft deze studie, zeker wat het eerste gedeelte betreft, het karakter gekregen van een brede reflexie op een aantal knelpunten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze koerswijziging heeft voor een belangrijk deel te maken met veranderingen in mijn eigen werkpositie. Enige tijd na de aanvang van dit projekt werd ik in de regio Nijmegen, aanvankelijk als bestuurslid en later als parttime preventiewerker, op een meer direkte wijze betrokken bij de herorganisatie van de AGGZ en bij het opzetten van een preventiebeleid. Ook hier kwam ik voor gelijksoortige vragen te staan, als die waarmee ik eerder als externe onderzoeker voor de andere instelling was gekonfronteerd. Het ging hier om vragen als: Hoe kan de AGGZ beter aansluiten op de maatschappelijke behoeften aan psychosociale zorg? Waar concentreren zich in het verzorgingsgebied de meeste behoeften? Moeten er zogenoemde 'veldteams' worden ontwikkeld?

Hoe kan de samenwerking met de eerste lijn worden verbeterd? Op welke risikogroepen dient de preventieve AGGZ zich in deze regio te richten? Langs welke methoden en kanalen kan de preventieve signalering binnen de regio gestalte krijgen? Aangezien uit den lande bleek dat ook veel kollega's met gelijksoortige vragen worstelden¹⁾ en er hieromtrent nog weinig theoreties kader en methodieken voorhanden zijn, besloot ik om aan het verslag van het empiries onderzoek een uitvoerige theoretiese verkenning vooraf te laten gaan (DEEL I).

Wanneer in dit boek de termen 'professionele hulp' en 'geestelijke gezondheidszorg' worden gebruikt is het belangrijk om de betekenis ervan te verduidelijken, omdat zij op verschillende wijzen kunnen worden geïnterpreteerd. Onder de term 'PROFESSIONELE, PSYCHOSOCIALE HULP' wordt verstaan: Alle hulp die door professioneel opgeleide werkers in de gezondheids- en welzijnszorg gegeven wordt op grond van de veronderstelde aanwezigheid of dreiging van ernstige psychosociale problematiek. Dit omvat dus ook de psychosociale hulp, die b.v. door huisartsen, wijkverpleegkundigen, gezinsverzorgsters en buurthuiswerkers aan de mensen in hun praktijk wordt gegeven. De term 'professioneel' impliceert hier geen normatieve uitspraak over de kwaliteit van de verleende hulp of de deskundigheid van de betrokken werkers op psychosociaal terrein.

In eenzelfde ruime zin zal ik in dit boek de term 'GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG' gebruiken. Hiertoe worden alle professionele organisaties of hulpverleners binnen de gezondheids- en welzijnszorg gerekend, die een taak of deeltaak hebben bij de behandeling en preventie van psychosociale nood. Ook de eerstelijnsgezondheidszorg wordt, voorzover het de uitoefening van deze deeltaak betreft, tot deze geestelijke gezondheidszorg gerekend.

De zorg voor de geestelijke (volks-)gezondheid is uiteraard niet beperkt tot professionele instellingen alleen. Integendeel, ik ga er vanuit dat deze zorg eerst en vooral een taak is van de bevolking zelf, van individuele personen, leefeenheden, familie, buurtgenoten, vrienden, kollega's, scholen, bedrijven, vakbonden, actiegroepen en andere maatschappelijke groeperingen. De professionele zorg neemt daarbij weliswaar een belangrijke, maar toch slechts aanvullende positie in. Ik deel de opvatting van Illich (1975), Achterhuis (1979) en Van den Berg (1980) dat de geestelijke gezondheidszorg het gevaar in zich draagt van een steeds verdergaande professionalisering van de maatschappelijke zorg voor de geestelijke gezondheid en dat de organisatoriese en inhoudelijke hervormingen in deze sektor de dé-professionalisering dienen te stimuleren. Dit houdt in: bevorderen dat mensen - individueel of als groep - zelf en met hulp van hun omgeving in staat zijn hun psychosociale problemen op te lossen of te voorkomen. Het lijkt mij echter irreeel en tamelijk simplisties gedacht om te verwachten dat welzijn en gezondheid vanzelf zullen toenemen wanneer het aantal hulpverleners en welzijnswerkers drasties zou worden teruggebracht, zoals Achterhuis stelt (pag. 253). Problemen in verband met arbeidsomstandigheden en werkeloosheid verdwijnen evenmin door vakbonden en sociale diensten af te schaffen. Bovendien zijn er - zoals reeds eerder gesteld - tal van aanwijzingen in de literatuur dat zelfs met het huidige potentieel een niet onaanzienlijk deel van degenen

¹⁾ Het verslag van de studiekonferentie 'Preventie en Onderzoek' georganiseerd door het Landelijk Overleg van Regionale Preventiewerkers (1981), vormt hiervan een illustratie.

die in psychosociale nood verkeren geen professionele hulp ontvangt. Ik zie dan ook meer heil in het zoeken naar kwalitatief andere antwoorden vanuit de professionele zorg op de aanwezige of dreigende psychosociale nood in de bevolking.

Dit vergt van de professionele zorg echter dat zij meer dan voorheen inzicht verwerft in de psychosociale problematiek zoals deze zich in de bevolking voordoet, in de wijze waarop men binnen de natuurlijke kontekst met deze problemen omgaat, hoe behoefte aan professionele hulp en het feitelijke gebruik daarvan ontstaat. Voor de AGGZ als tweedelijnsinstantie komt daar nog bij dat er meer inzicht nodig is in wat er binnen de eerste lijn aan psychosociale hulp wordt geboden of mogelijk zou zijn. Aan het vergroten van deze inzichten beoogt deze studie een bijdrage te leveren door:

- de ontwikkeling van hiervoor noodzakelijke begrippenkaders
- de presentatie van theoretische modellen omtrent hulpzoekgedrag als een vorm van probleemoplossend gedrag
- een overzicht van relevante gegevens uit de beschikbare onderzoeksliteratuur
- een inventarisatie van bruikbare signaleringsmethoden en -strategieën
- een exploratie van het voorgaande middels een survey-onderzoek in een dorpsgemeenschap en een registratie-onderzoek binnen een huisartspraktijk ten behoeve van een instelling voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Hieronder geven we een korte schets van de verschillende hoofdstukken. De moeite die de AGGZ heeft haar zorg te doen aansluiten bij de regionale behoeften in de bevolking en eerste lijn, is onder meer toe te schrijven aan de gebrekkige 'informatiehuishouding' waarop zij haar beleid baseert (Hosman en Brinxma, 1978). Een belangrijk uitgangspunt in deze studie is de stelling, dat de kwaliteit van haar preventieve en curatieve zorg afhankelijk is van de kwaliteit van de informatie die gebruikt wordt bij het nemen van beleidsbeslissingen. Aangezien een meer inhoudelijke visie op hulpbehoeften en op hulpzoekgedrag pas tot een verbetering van AGGZ-hulp kan leiden wanneer zij regelmatig gevoed wordt door informatie over de geestelijke gezondheidssituatie binnen de regio, begint de theoretische verkenning met een uiteenzetting over de rol van informatie bij het oplossen van beleidsproblemen in de AGGZ. Daarbij zal met name ingegaan worden op de betekenis die de sociale epidemiologie hierin kan hebben (HOOFDSTUK 1). SOCIALE EPIDEMIOLOGIE definiëren we voorlopig als de wetenschap die zich bezig houdt met het voorkomen van psychosociale stoornissen in de bevolking, de spreiding ervan over bevolkingsgroepen en de sociale factoren die hierop van invloed zijn. Hieronder vallen sociale factoren die een rol spelen in het ontstaan van deze stoornissen, maar ook die welke bijdragen tot het behoud en de bevordering van de geestelijke gezondheid. Tot het studie-objekt van de sociale epidemiologie behoort o.m. onderzoek naar het gebruik van hulpverleningsvoorzieningen, het functioneren van deze voorzieningen, en de ontwikkeling en evaluatie van preventieve interventies. Hoewel er vele invullingen gegeven zijn aan het begrip 'epidemiologie', benaderen wij de sociale epidemiologie hier primair als een praktijk-ondersteunende wetenschap.

In HOOFDSTUK 2 wordt het informatievraagstuk toegespitst op de analyse van hulpbehoeften in een regio. Voorafgaande aan een overzicht van een aantal strategieën en methoden van behoefte-analyse, wordt een theoretische uiteenzetting gegeven over een aantal behoeftebegrippen die voor een dergelijke analyse onontbeerlijk zijn. Gezien de preven-

tieve optiek van dit boek wordt in HOOFDSTUK 3 de uiteenzetting over behoefte-analyses toegespitst op de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Als equivalent van 'behoefte-analyse' wordt in deze sektor vaak de term 'signalering' gebruikt. Geïnspireerd op de 'Public Health' benadering wordt de signaleringstaak binnen de preventieve AGGZ met name ingevuld als het opsporen van risikogroepen en risikofactoren. Recentelijk hebben de Ziekenfondsraad en de Overheid deze risico-benadering zelfs als een bindende conditie aan het preventieve werk vanuit de AGGZ verbonden. Gezien het belang van deze risikobenadering voor de preventie gaan we er in hoofdstuk 3 uitvoerig op in, onder meer door het presenteren van een reeksrisikobegrippen en van een theoretisch kader waarbinnen deze begrippen een plaats krijgen.

Terwijl de hoofdstukken 2 en 3 vooral theoretisch en beschouwend van aard zijn, biedt HOOFDSTUK 4 een overzicht van de empirische literatuur omtrent de relatie tussen veronderstelde hulpbehoeften en het feitelijke gebruik van professionele hulp. Deze literatuur wordt beschreven aan de hand van de zogenoemde 'top van de ijsberg'-metafoor.

Nadat in de voorafgaande hoofdstukken het kader is aangegeven, waarbinnen het hulpzoekgedrag wordt bestudeerd, wordt in HOOFDSTUK 5 nader op het hulpzoekgedrag zelf ingegaan en op de sociale en psychologische factoren die op dit gedrag van invloed zijn. Na een bespreking van enkele theoretische modellen en onderzoeksgegevens uit de literatuur, mondt het hoofdstuk uit in de presentatie van een theoretisch model van het hulpzoekproces.

DEEL II bevat een verslag van een survey-onderzoek, dat onder een representatieve steekproef uit een Brabantse dorpsgemeente is verricht, alsmede een verslag van een registratie-onderzoek in de huisartspraktijk binnen dezelfde gemeente. HOOFDSTUK 6 biedt allereerst een terugblik op de geschiedenis van het onderzoeksproject. Voorts omvat dit hoofdstuk de onderzoeksvragen en hypothesen, een karakteristiek van de onderzoeksgemeente en de omliggende regio, en een overzicht van de opzet en het verloop van het onderzoek. Er wordt uitvoerig stil gestaan bij de gebruikte onderzoeksinstrumenten, omdat deze voor een deel speciaal voor dit onderzoek werden ontwikkeld en er bovendien bestaande meetinstrumenten gebruikt zijn waarover nog slechts in beperkte mate validiteitsgegevens beschikbaar zijn.

De resultaten van het onderzoek worden beschreven in de hoofdstukken 7, 8 en 9. HOOFDSTUK 7 betreft de resultaten omtrent het voorkomen van psychosociale problematiek, respectievelijk psychosociale nood in deze dorpsbevolking, voorzover deze zijn afgeleid uit het bevolkingsonderzoek. Tevens komt in dit hoofdstuk aan de orde of er binnen de dorpsbevolking risikogroepen kunnen worden gelokaliseerd. HOOFDSTUK 8 omvat alle resultaten uit het bevolkingsonderzoek omtrent hulpzoekgedragingen en daarmee verwante houdingen, gewoonten en gedragsnormen. Daarbij zal speciale aandacht worden geschonken aan de onderlinge relaties tussen de diverse hulpzoekgedragingen, met name tussen het zoeken van informele en professionele hulp. Gezien de eerdere opmerkingen over sociale selectie in het hulpzoekgedrag, wordt in dit hoofdstuk tevens een overzicht gegeven van het gebruik van de diverse hulpzoekalternatieven in relatie tot een aantal demografische kenmerken. In HOOFDSTUK 9 wordt de aandacht toegespitst op de huisartspraktijk, omdat we mogen verwachten dat zich hier de meeste vraag naar professionele psychosociale hulp voordoet. Door gegevens van de geïnterviewden in het bevolkingsonderzoek te vergelijken

met hun eventuele psychosociale klachten in de huisartspraktijk op basis van de (anonieme) gegevens uit het registratie-onderzoek, wordt nagegaan in hoeverre hier van een 'top van de ijsberg'-fenomeen sprake is en in hoeverre probleemkenmerken, sociaal-psychologische en demografische variabelen aan dit klachtgedrag gerelateerd zijn. Aangezien het hier om een retrospectief onderzoek gaat kunnen geen toetsingen worden verricht op de kausale invloed van deze variabelen.

De hier gepresenteerde studie is tot een vrij omvangrijk boekwerk uitgegroeid. Het is daarom aannemelijk dat er lezers zijn die noch de tijd, noch de motivatie hebben om een dergelijk boek in zijn geheel te bestuderen, maar die wel geïnteresseerd zijn in bepaalde onderdelen. Te denken valt aan de uiteenzetting over de sociale epidemiologie en de rol van informatie bij het oplossen van beleidsproblemen, of over het hulp-behoefte-hulpaanbod vraagstuk, dan wel over signalering en de risikobenadering in de preventieve geestelijk gezondheidszorg. Ik heb gepoogd bij het schrijven hiermee rekening te houden en wel zodanig dat de hoofdstukken zonder al te grote problemen ook als min of meer zelfstandige onderdelen kunnen worden gelezen. Voorzover daarin van niet-gedefinieerde begrippen gebruik gemaakt wordt, kunnen deze via het begrippenregister worden opgezocht.

deel I theoretiese verkenning

1 betekenis van de sociale epidemiologie voor de preventieve geestelijke gezondheidszorg

1.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk willen we verduidelijken welke plaats de sociale epidemiologie kan hebben in de huidige ontwikkelingen binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ), in het bijzonder op het gebied van de preventie.

Wat ons in dit werkveld de afgelopen 10 jaar vooral heeft bezig gehouden is de wijze waarop men in AGGZ-instellingen omgaat met informatie. Beleidsfunctionarissen, bestuursleden, managers, bevolkingsvertegenwoordigers, projectleiders, therapeuten en preventiefunktionarissen nemen van dag tot dag beslissingen over doelstellingen van de hulpverlening, over de organisatiestructuur ervan, over wie wel en wie geen hulp krijgt en over de aard van de aangeboden hulp.

Met dergelijke beslissingen zijn grote belangen gemoeid op financieel, materieel en politiek gebied. In de eerste plaats zijn hierbij echter de behoeften en noden van de bevolking zelf in het geding. Uitgangspunt van ons betoog is de opvatting dat de kwaliteit van de AGGZ - de mate waarin ze aan haar doelstellingen voldoet - afhankelijk is van de zorg die aan deze beslissingsprocessen wordt besteed. Dit houdt in dat er bepaalde eisen gesteld moeten worden aan de informatie waarop men zich bij deze beslissingen baseert (Hosman en Brinxma, 1978, Hosman, 1982). Het is precies in dit opzicht dat de sociale epidemiologie een belangrijke bijdrage kan leveren.

In het volgende houden we ons allereerst bezig met de aard van de problemen die zich thans in het veld van de ambulante geestelijke gezondheidszorg voordoen. Om de betekenis van informatie voor het oplossen van dergelijke problemen te kunnen inschatten gaan we nader in op het begrip informatie zelf, op het proces van probleemoplossen in

zijn algemeenheid, op de verschillende fasen die daarin te onderscheiden zijn en de daarmee korresponderende informatiebehoeften. Tegen de achtergrond van een dergelijke typologie van informatiebehoeften bespreken we in het tweede deel van dit hoofdstuk de bijdrage die de sociale epidemiologie kan leveren aan het beschikbaar maken van dergelijke informatie.

1.2 PROBLEMEN EN ONTWIKKELINGEN IN DE HUIDIGE AGGZ

Alvorens in te gaan op meer algemene kenmerken van beslissingsprocessen beschrijven we enkele recente ontwikkelingen in de AGGZ, die de achtergrond vormen van een aantal specifieke problemen en beslissingen, waarvoor men zich thans gesteld ziet.

1. Het REGIONALISERINGSPROCES dat in de 70-er jaren in gang gezet is, beoogt overlap tussen instellingen te voorkomen, integratie te bevorderen, witte vlekken op te vullen en de continuïteit in de hulpverlening te waarborgen. In de eerste plaats gaat het bij regionalisering echter om een betere afstemming van de hulpverlening op de behoeften van de regionale bevolking. Er treedt een verschuiving op van de individuele cliënt als centraal aandachtsveld naar een oriëntatie op grotere bevolkingseenheden of systemen (b.v. risikogroepen, scholen en regio's). Om zicht te krijgen op de geestelijke gezondheidssituatie binnen dergelijke eenheden en op de effecten van preventieve en kuratieve hulpverlening is het blikveld van de individuele hulpverlener of beleidsfunctionaris ontoereikend.
2. De tijden van ongebreidelde expansie van de gezondheidszorg zijn definitief voorbij. De noodzaak tot KOSTENBESPARING of tenminste KOSTENBEHEERSING is een onomstotelijk gegeven. Dit vergt van de gezondheidszorg een inzicht in haar eigen functioneren om op basis daarvan een grotere effectiviteit en efficiency te kunnen bereiken.
3. Overheid, cliënten en bevolking stellen eisen aan de kwaliteit en doelmatigheid van de hulpverlening. De samenleving is kritischer geworden ten aanzien van hulpverleningsinstellingen en er wordt in toenemende mate druk op hen uitgeoefend om PUBLIEKELIJK VERANTWOORDING AF TE LEGGEN over het door hen gevoerde beleid. Dit noodzaakt ook de AGGZ meer aandacht te besteden aan beleidsvorming en evaluatie. Het probleem is echter dat een krities feedback-systeem, dat de hiervoor noodzakelijke informatie moet leveren, nagenoeg ontbreekt. Zo wordt er veel geïnvesteerd zonder zicht op de behoeften en resultaten.
4. Het besef is groeiende dat het systeem van kuratief-gerichte hulpverlening aan individuen of gezinnen een ontoereikend antwoord biedt op de aanhoudende stroom van psychosociale stoornissen, waarmee hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg

gekonfronteerd worden¹⁾). Gezien de beperkte middelen kan dit probleem niet worden opgelost door steeds 'meer van hetzelfde', maar is een kwalitatief andere aanpak nodig.

Daarnaast stellen critici dat het individualiserende antwoord van de GGZ op de maatschappelijke problemen, die zich via de cliënt aandienen, alleen maar een bestendiging in de hand werkt van de maatschappelijke bronnen van dit individuele leed (Nijhof, 1978; de Turck, 1978). Een doorbraak in deze impasse wordt verwacht van PREVENTIEVE INTERVENTIES. Deze veronderstellen een instrumentarium om behoeften en risikogroepen op te sporen, maatschappelijke achtergronden van geestelijke gezondheid bloot te leggen en effecten van interventies te evalueren, welke soms pas op lange termijn zichtbaar kunnen worden gemaakt.

Deze ontwikkelingen hebben werkers in de AGGZ voor een breed scala van problemen en beslissingen gesteld. Om een en ander concreet te maken geven we een aantal voorbeelden:

- Welke behoeften aan geestelijke gezondheidszorg zijn er in bepaalde regio aanwezig? Wat zijn b.v. de behoeften aan psychosociale jeugdzorg of geriatriese zorg? Hoe kunnen witte vlekken worden opgeheven?
- Wat is de betekenis van arbeid voor de geestelijke gezondheid? Welke directe invloed hebben arbeidsomstandigheden op de opvoedingssituatie van kinderen? Wat zijn de psychosociale gevolgen van jeugdwerkloosheid? Welke consequenties moet de AGGZ hieruit trekken?
- Er treden veranderingen op in de bevolkingssamenstelling: een toename van het aantal werklozen, wao-ers, alleenstaanden en gescheiden personen en een daling van het aantal jeugdigen. Welke betekenis hebben dergelijke veranderingen voor de toekomstige behoeften aan AGGZ?
- Vaak wordt gesteld dat de AGGZ slechts toegankelijk is voor een sociaal selecte groep. Geldt dit nog steeds voor de huidige situatie? Wat leveren veldteam-experimenten op dit punt op?
- Op welke doelgroepen en thema's moet de preventieve AGGZ zich in een regio richten? Voorlichting, training, consultatie en het ontwikkelen van zelfhulpgroepen zijn belangrijke werkmethoden in de preventie. Leveren zij wel de effecten op, die men vaak als vanzelfsprekend veronderstelt? Hoe kunnen zij worden verbeterd?

De hiervoor geschetste ontwikkelingen, problemen en beslissingen maken duidelijk dat planning oftewel rationele beleidsontwikkeling in de AGGZ onontbeerlijk is. Voorts gaan we er van uit dat een grotere stuurkracht direct afhankelijk is van de beschikbaarheid van adequate informatie. Tot nu toe zijn deze aspecten in de AGGZ lange tijd

¹⁾ Zie noot 2 bij hoofdstuk 4.

stiefmoederlijk behandeld. Met name de ervaringen rond de regionalisatie en de opbouw van de preventiesektor leren hoe weinig hulpverleningsorganisaties op dergelijke ontwikkelingen waren voorbereid. Recentelijk is de belangstelling hiervoor toegenomen¹⁾.

1.3 PROBLEEMOPLOSSEN EN BESLUITVORMING ALS EEN GEFASEERD PROCES

We stelden eerder dat de kwaliteit van de zorg voor geestelijke volksgezondheid voor een belangrijk deel bepaald wordt door de wijze waarop beleidsvraagstukken in dit veld worden aangepakt. Willen we de kwaliteit van de zorg verbeteren dan ligt het voor de hand ons allereerst af te vragen hoe mensen in het algemeen werken aan de oplossing van problemen. Inzicht in de algemene structuur van dit proces kan ons binnen de AGGZ helpen bij een meer systematische aanpak van beleidsproblemen op instellings- of projectnivo.

Problemen zijn vaak dusdanig complex dat we als het ware lam geslagen worden door het grote aantal thema's dat we tegelijkertijd moeten kunnen overzien. Dikwijls blijven problemen daardoor onopgelost en kunnen belangrijke doelen niet worden verwezenlijkt.

Vele sociale wetenschappers hebben - hoewel vanuit zeer uiteenlopende gezichtshoeken - theorieën en modellen ontwikkeld, die alle inzicht trachten te bieden in de wijze waarop probleemoplossende processen verlopen. Op grond van die inzichten worden normatieve aanbevelingen gedaan. Elders hebben we van deze theorieën en modellen een opsomming gegeven (Hosman en Diekstra, 1980, pag. 145). Zij hebben de assumptie gemeen, dat pogingen om de werkelijkheid doelgericht te veranderen of te beheersen zich steeds voltrekken volgens een proces in de tijd waarin meerdere fasen worden onderscheiden. Als groep staan zij dan ook wel bekend onder de noemer 'fasentheorieën'. We komen deze fasenbenadering onder meer tegen in theorieën over psychotherapie, stressverwerking, consultatie, voorlichting, besluitvorming en planning.

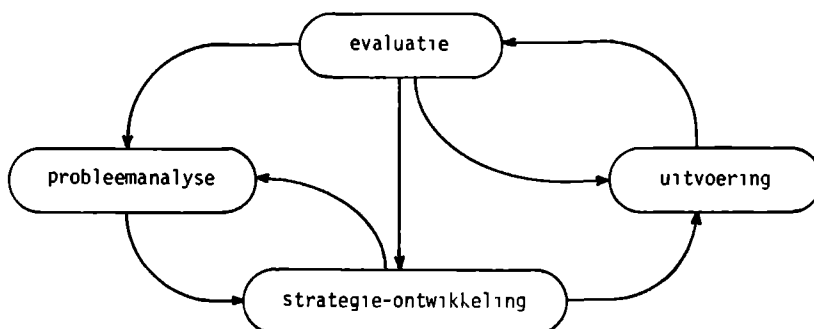
Fasentheorieën gaan van de volgende grondgedachte uit. Komplexe problemen kunnen hanteerbaar worden gemaakt door hen op te delen in een aantal deelproblemen, die ieder op zich gemakkelijker kunnen worden opgelost, mits dit in een bepaalde volgorde gebeurt. Het oplossen van een deelprobleem noemt men een fase. Het volgorde-principe verwijst naar de veronderstelling dat aan de oplossing van sommige problemen pas effectief kan worden gewerkt nadat andere deelproblemen zijn opgelost. Een preventiewerkster kan zich pas een oordeel vormen over de wijze waarop zij de consultatieve

¹⁾ De toename van deze belangstelling blijkt onder meer uit de publikaties van het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (o.a. de Haen, 1982); en verder uit de aandacht van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg voor de ontwikkeling van beleidsgerichte informatie, zoals o.m. blijkt uit de opzet van een landelijk registratiesysteem zowel voor de kuratieve als de preventieve sektor, en uit het z.g. RIS-project (RIAGG-Informatie-Systeem); voor de preventieve AGGZ verwijzen we bovendien naar Hosman en Brinxma (1978); tenslotte verwijzen we zowel voor de intramurale als ambulante GGZ naar de registratie-onderzoeken van de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen (Giel en ten Horn, 1982).

ondersteuning aan een school vorm moet geven (fase 2), nadat zij enige helderheid gekregen heeft over de aard van de ondersteuningsbehoefte van b.v. leerkrachten of een schooldekaan (fase 1). Iedere fase heeft in dit proces dus een onderscheiden functie in het geheel.

In een eerdere publikatie (Hosman en Diekstra, 1980) hebben we een opsomming gegeven van een aantal modellen die een goede indruk geeft van de verschillende onderscheidingen in fasen die men in de literatuur aantreft. We constateerden dat - ondanks deze verschillen - de grondtrekken van deze fasenmodellen op elkaar lijken. Globaal kan men een viertal fasen onderscheiden: (1) de probleemanalyse, (2) de strategieontwikkeling, (3) de uitvoering en (4) de evaluatie.

Hoewel over de vooronderstellingen achter dergelijke fasenindelingen nog weinig onderzoek verricht is, konkluderen we uit de algemeenheid waarmee op diverse terreinen van fasenmodellen gebruik gemaakt wordt, dat het een bruikbaar concept is. Dit sluit aan bij de ervaringen die wij ook zelf in de praktijk met fasenbenaderingen hebben opgedaan. Dit wil niet zeggen dat er op de fasenmodellen sinds de publikaties van Lewin (1947) en Lippitt e.a. (1958) geen kritiek is geweest. De belangrijkste kritiek geldt het ontbreken van expliciete terugkoppelingssystemen. Een starre hantering van het volgorde-principe leidt tot de veronderstelling dat men iedere fase eerst tot een definitieve afronding moet brengen voordat aan een volgende fase begonnen kan worden. In de praktijk blijkt het echter noodzakelijk om in de loop van het proces naar eerdere fasen terug te keren. Soms blijkt achteraf dat men aanvankelijk toch een beoordelingsfout heeft gemaakt, dat omgevingskondities zich sinds de start van een project hebben gewijzigd of dat verwachte suksessen niet bereikt zijn. Bovendien krijgt men vaak pas een diepgaande kennis van een praktijksituatie en haar problemen door een langdurig contact en door 'samen dingen te doen'. Regelmatige terugkoppelingen naar eerdere fasen zijn onvermijdelijk en onwille van een optimaal resultaat ook wenselijk (Dekker en Mastop, 1977, Van Beugen, 1977, Knox, 1979). We spreken dan van een fasenmodel met een CYCLISCH KARAKTER. Zo kunnen tijdens een konsultatieproces pas in een latere fase dieperliggende, structurele werkproblemen naar boven komen, die aanvankelijk slechts werden geïnterpreteerd als een individueel werkprobleem.



Figuur 1.1 Een fasenmodel van een probleemoplossend proces

De relevantie van fasenmodellen voor de sociale epidemiologie komt voort uit de stelling, dat iedere fase gekenmerkt wordt door een eigen informatiebehoefte (Hosman en Brinxma, 1978). Zij leveren orderingsprincipes op voor de typen informatie, in dit geval sociaal-epidemiologische informatie, waaraan in de zorg voor de geestelijke volksgezondheid behoefte is. Om de verschillende behoeften aan informatie nader te specificeren gaan we hieronder nader op de onderscheiden fasen in.

1 3 1 De fase van de probleemanalyse

Elk probleemoplossend proces begint uiteraard met de vraag: wat is het probleem? Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden dienen we eerst toe te lichten wat we onder het begrip 'probleem' verstaan. Een PROBLEEM kan gedefinieerd worden als een situatie (1) waarin een subjeet, groep of organisatie gekonfronteerd is met een verschil tussen een ongewenste uitgangstoestand en een gewenste doelttoestand, en (2) waarbij de betrokkene geen onmiddellijk antwoord weet en evenmin door een reeks geautomatiseerde handelingen een antwoord kan vinden (Frijda en Elshout, 1975).

In een goed-gedefinieerde probleemsituatie is zowel de ongewenste uitgangssituatie (A) als de gewenste doelsituatie (B) helder omschreven. De aard van het probleem betreft dan de keuze van een adequate probleemoplossende strategie, d.w.z. men weet niet hoe men van A naar B moet komen, of welke van een reeks beschikbare strategieën het meest haalbaar of effectief is in dit opzicht.

In een slecht-gedefinieerde probleemsituatie is het probleem-aspekt reeds in de beginfase aanwezig. Het probleem spitst zich dan ook toe op de onhelderheid van de uitgangssituatie, de gewenste doelen of het verschil tussen beide. Vanwege de overgangssituatie waarin de AGGZ thans verkeert en de nog weinig uitgekristalliseerde preventie-sektor daarbinnen, is hier eerder sprake van slecht dan goed gedefinieerde probleemsituaties.

Het voorafgaande maakt duidelijk dat voor het oplossen van een probleem allereerst een nauwkeurige BESCHRIJVING VAN DE UITGANGSSITUATIE nodig is. Dit geldt met name wanneer deze situatie complex van aard is. Voorbeelden hiervan zijn het beschrijven van de geestelijke gezondheidssituatie van een regio of gemeente, het identificeren en lokaliseren van risikogroepen, en het opsporen van behoeften in de eerste lijn aan ondersteuning door de AGGZ.

Bij de uitgangssituatie gaat het niet alleen om een 'hier en nu'-situatie, maar evenzeer om verwachte probleemsituaties. Zeker vanuit een preventieve optiek is het belangrijk om 'vooruit te zien' DE PROBLEEMVOORSPELLING. Een voorbeeld: wat zijn de gevolgen van een toenemende vergrijzing van de bevolking voor de geestelijke volksgezondheid? We hebben al eerder de vraag gesteld naar de psychosociale gevolgen van structurele en langdurige jeugdwerkloosheid (Schrameyer, 1981). Zo zijn er veel belangrijke vragen te stellen over toekomstige ontwikkelingen, waarop we door informatiegebrek het antwoord schuldig moeten blijven. Dit bemoeilijkt een preventieve bijdrage vanuit de AGGZ.

Het FORMULEREN VAN HELDERE DOELSTELLINGEN is in de AGGZ een extra moeilijke opgave omdat er nog steeds weinig overeenstemming bestaat over de betekenis van 'geestelijke gezondheid'. Bovendien heeft men in de praktijk vaak te maken met een complex geheel aan doelstellingen. Als voorbeeld noemen we een preventieproject gericht op het aanleren van sociale vaardigheden en het leren hanteren van agressiviteit bij leerlingen van een middelbare school. Leerkrachten, leerlingen, ouders, directie en schoolbestuur hebben mogelijk uiteenlopende doelstellingen, welke men in het onderwijs wil realiseren. Juist het expliciet maken van deze, vaak impliciete doelstellingen en waarden, kan een belangrijke bijdrage leveren om gerezen spanningen bespreekbaar en hanteerbaar te maken.

Het kan zijn dat een probleem al grotendeels is opgelost, wanneer helder is wat we precies ongewenst vinden, waarom we dat ongewenst vinden en welke situatie we uiteindelijk willen bereiken. Voor het oplossen van een probleem of het helpen daarbij is echter vaak meer nodig, nl. inzicht in de oorzaken waardoor de ongewenste situatie is ontstaan of waardoor een belangrijk doel niet kan worden bereikt: DE PROBLEEMVERKLARING. Hieronder valt ook de analyse over het ontstaan van aanwezige doelstellingen. Waarom vinden we iets gewenst of ongewenst? Waardoor worden onze waarden en behoeften bepaald.

De keuze van doelstellingen, de interpretatie van de uitgangssituatie en de keuze van een oplossingsstrategie is sterk afhankelijk van theoretische inzichten en maatschappijvisies. Zo blijkt het epidemiologische gegeven dat bepaalde psychosociale stoornissen vaker voorkomen in de lagere dan in de hogere sociale klassen op zeer uiteenlopende wijzen te kunnen worden verklaard (Dohrenwend et al., 1969; Gleiss et al., 1973; Offerhaus e.a., 1978; Jansen, 1981). Als alternatieven worden genoemd: meer stresserende levensomstandigheden in de lagere sociale milieus, een lager probleemoplossend vermogen, aangeboren stoornissen met als gevolg een daling van de 'gestoorden' op de maatschappelijke ladder, classespecifieke uitingsvormen van stressbeleving, een snellere etikettering als 'gestoord' en minder kans op adequate hulpverlening. Het zal duidelijk zijn dat eenzelfde epidemiologische gegeven - afhankelijk van de verklaring die men kiest - tot zeer uiteenlopende en zelfs tegenovergestelde consequenties kan leiden bij de invulling van een regionaal AGGZ-beleid.

Tot de fase van de probleemanalyse rekenen we ook de KEUZE VAN PRIORITEITEN. Het gaat daarbij niet om de uitdieping van een specifiek probleem, zoals hiervoor, maar om de keuze uit een reeks van problemen die op eenzelfde moment de aandacht vragen. Zo is in de preventie het aantal problemen, waaraan binnen een regio gewerkt zou kunnen worden, zeer talrijk; de capaciteit is echter beperkt. Er zullen dus op verantwoorde wijze prioriteiten moeten worden gekozen, b.v. op grond van de ernst van de (dreigende) nood, de mogelijkheden tot verandering en de aanwezige deskundigheden in de preventieve AGGZ. Dit laatste illustreert dat we soms eerst naar een volgende fase - de strategie-ontwikkeling - moeten overstappen om in latere instantie tot een meer definitieve probleemanalyse te kunnen komen.

Ook deze fase valt uiteen in meerdere subfasen (deelproblemen), nl. het genereren van alternatieve oplossingsstrategieën en de strategiekeuze. Stel een preventiewerker wil iets doen aan de psychosociale gevolgen van jeugdwerkloosheid. Het is niet waarschijnlijk dat hij daar een pasklaar antwoord op weet. Er is dus tijd nodig voor het GENEREREN VAN OPLOSSINGSMOGELIJKHEIDEN. Denkbaar is b.v. een aanpak gericht op de schooljeugd ofwel een aanpak direct gericht op de jeugdwerklozen zelf. Een andere keuze betreft de voorkeur voor een structurele benadering (b.v. druk op de overheid vergroten via signalering van de psychosociale gevolgen) of voor een meer individuele benadering (b.v. de zingevingsproblematiek aan de orde stellen in gesprekken met jeugdwerklozen). Voor dit genereren zijn meerdere wegen te bewandelen, b.v. brainstorming tijdens een teamvergadering, de doelgroep zelf wordt via groepsgesprekken of een kleinschalig survey-onderzoek om suggesties gevraagd, een inventarisatie van soortgelijke projecten elders in den lande, of een deductie uit beschikbare theorieën over etiologie of veranderingsprocessen.

Is duidelijk wat de mogelijke oplossingsstrategieën zijn dan komen we toe aan een AFWEGING VAN DE WAARDE VAN DE VERSCHILLENDE ALTERNATIEVEN. De epidemioloog Knox spreekt hier treffend van 'evaluation in advance' (Knox, 1979, pag. 19). Hierbij kunnen verschillende evaluatiecriteria worden betrokken: de verwachte uitvoerbaarheid, effectiviteit, efficiency en adequaatheid (zie ook par. 1.3.3).

De meeste auteurs gaan hierbij van een rationeel beslissingsmodel uit. In een beslissingssituatie weegt een persoon idealiter alle denkbare oplossingsalternatieven tegen elkaar af en kiest vervolgens voor dat alternatief dat het meeste voordeel en het minste nadeel lijkt op te leveren. Hij anticipeert daarbij op de aard van de gevolgen, de waarschijnlijkheid van deze gevolgen en hun nuttigheidswaarde tegen de achtergrond van de doelstellingen (Edwards, 1954, 1955; Gardiner and Edwards, 1975). Toegepast op een preventief schoolproject: men kiest idealiter die strategie waarvan met de meeste waarschijnlijkheid het grootste preventieve effect voor de kinderen verwacht mag worden (b.v. het minste leerstoornissen), en waarbij zo min mogelijk negatieve bij-effecten verwacht worden (b.v. afhankelijkheid en stigmatisering).

We gebruiken met opzet het woord 'idealiter', omdat kiezen een menselijke en dus subjektieve zaak is, waarbij we doorgaans met een aantal onzekere factoren te doen hebben. Er is dan ook altijd sprake van een kleiner of groter risico op fouten. Dit risico is afhankelijk van de kwaliteit van de informatie, waarop we ons oordeel baseren. Hoe meer en hoe betere informatie, hoe minder kans op fouten en des te hoger de verwachte effectiviteit.

De UITVOERBAARHEID van een interventiestrategie is uiteraard afhankelijk van de beschikbaarheid van de MIDDELEN die daarvoor nodig zijn. Dit geldt overigens ook voor de uitvoerbaarheid van analyse- en evaluatiestrategieën. Bij middelen valt te denken aan: specifieke deskundigheden, personeelsuren, vrijwilligers, financiën, werkruimte en voorlichtingsmateriaal. Andere voorwaarden voor de uitvoerbaarheid zijn: de normatieve aanvaardbaarheid van de strategie en de bereidheid tot medewerking bij de doelgroep. Een oordeel over de uitvoerbaarheid vergt dan zowel informatie over de

BESCHIKBARE MIDDELEN als een schatting van de BENODIGDE MIDDELEN. Over de beschikbare uren en deskundigheid binnen het eigen preventieteam is snel een oordeel te geven. Bij de opzet van een project dat veel vrijwilligers vereist, is een schatting van de bereidheid van de bevolking tot vrijwilligerswerk veel moeilijker en vergt meestal een of andere vorm van onderzoek. Onderzoek is zeker nodig wanneer een landelijke instantie als de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) zich met het oog op verdere beleidsvorming een oordeel tracht te vormen over de beschikbare personeelsuren voor preventief werk in de AGGZ en het aandeel dat kuratieve werkers hieraan leveren.

Voor het genereren van oplossingsstrategieën en het maken van een keuze hieruit zijn met name door deskundigen op het terrein van de planning specifieke methoden ontwikkeld (Van Doorn en Van Vught, 1978a). Voor een toepassing hiervan op het gebied van de gezondheidszorg verwijzen we naar het boek "Basic Health Planning Methods" van Spiegel en Hyman (1978).

1 3 3 De fase van de uitvoering

De fase na de keuze van een interventiestrategie wordt meestal de 'actie-' of 'uitvoeringsfase' genoemd. Binnen het kader van deze informatie-benadering is de uitvoering niet los te zien van de daaropvolgende evaluatiefase. Zoals we reeds in figuur 1.1 hebben aangegeven bestaat er - idealiter - tussen uitvoering en evaluatie een voortdurende wisselwerking. Hierdoor kan het handelen, en eventueel zelfs de daaraan voorafgaande strategiekeuze en probleemanalyse, op basis van een continue en kritische reflexie van moment tot moment worden bijgestuurd. De behoefte aan informatie over de uitvoering valt hier dus samen met de behoefte aan evaluatie.

1 3 4 De fase van de evaluatie

Onder evaluatie verstaan we hier activiteiten die gericht zijn op het verkrijgen van informatie over het verloop en de gevolgen van de uitvoering, alsmede een waardering van deze informatie vanuit vooraf bepaalde doelstellingen en strategie- en methodieken. Is de evaluatie bedoeld om tijdens de uitvoering feedback te geven, opdat de kans op gewenste resultaten wordt vergroot, dan spreken we van **FORMATIEVE EVALUATIE**. Is een programma of activiteit definitief afgerond en wordt zij op haar uiteindelijke resultaat beoordeeld dan spreken we van **SUMMATIEVE EVALUATIE** (Coursey, 1977).

Om de waarde van de uitvoering te bepalen hebben Coursey (1977) en Attkisson et al. (1978) in navolging van Suchman (1967) een vijftal evaluatiecriteria beschreven, nl. de evaluatie van de investering, het procesverloop, het effect, de efficiency en de adequaatheid. Wanneer het er om gaat vast te stellen in welke mate het beoogde doel is gerealiseerd spreken we van **EFFEKT-EVALUATIE**. Een gespreksgroep van jeugdige werke-

lozen zou er toe kunnen leiden, dat destructieve agressie of verslaving wordt voorkomen of, in positieve zin, dat ook zonder werk het gevoel van zinvolheid als mens wordt behouden. Indien dit het doel van het project was, spreken we van een positief effect.

Van een andere orde is de vraag: in hoeverre dragen enkele gespreksgroepen bij aan de oplossing van het jeugdwerkeloosheidsprobleem in een regio of althans aan de psychosociale nood ten gevolge daarvan. Een dergelijke vergelijking vraagt naar de ADEKWAATHEID van een specifiek project gezien tegen de totale preventiebehoefte in het zorggebied, in dit geval rond jeugdwerkeloosheid. Met andere woorden: Draagt het project wezenlijk bij tot de oplossing van een probleem? Mogelijk leveren de gespreksgroepen weliswaar het beoogde effect op, maar wordt langs deze strategie slechts een kleine selecte groep jeugdwerkelozen bereikt. Vanuit maatschappelijk oogpunt bezien, zou bovendien kunnen blijken dat hiermee de maatschappelijke druk op het scheppen van banen voor jeugdwerkelozen wordt afgezwakt.

EFFICIENCY wordt gedefinieerd als de verhouding tussen de kosten (investering + negatieve bijeffecten) en het bereikte effect, resp. de adekwaatheid. Een actuele vraag is b.v. of - gezien de hoge kosten van langdurige gespecialiseerde hulpverlening - in een aantal gevallen niet met goedkopere en kortdurende vormen van hulpverlening volstaan kan worden. Zo zou uiteindelijk een groter deel van de maatschappelijke behoefte aan zorg worden gedekt. Effect, efficiency en adekwaatheid noemen we tezamen RENDEMENT.

Bij PROCES-EVALUATIE tracht men die kondities op te sporen welke het rendement van een project belemmeren, respectievelijk bevorderen. Proces-evaluatie kan onder meer inhouden: (1) het systematisch beschrijven van een project om na te gaan of men zich gehouden heeft aan de voorgenomen strategie en de voorschriften van de methodiek, (2) vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van alternatieve methoden en strategieën, (3) het opsporen van onvoorziene belemmerende omstandigheden, en (4) het identificeren en lokaliseren van die doelgroepen, personen of tijdstippen waarbij de strategie het meeste effect heeft.

Hiervoor hebben we fasengewijs een normatief proces beschreven voor het werken aan de oplossing van problemen in verband met de geestelijke volksgezondheid, in het bijzonder de preventie. Ter illustratie hebben we daarbij met opzet zeer verschillende voorbeelden gebruikt omdat de fasentheoretische benadering toepasbaar wordt geacht op problemen van zeer uiteenlopende aard. We willen hierbij tenslotte de aandacht vestigen op de VERSCHILLENDE ORGANISATIENIVO'S, waarvoor deze toepasbaarheid geldt, nl. variërend van meer algemene AGGZ-vraagstukken op landelijk of regionaal niveau tot meer kleinschalige problemen van een preventiewerker rond een specifieke doelgroep.

1 3 5 Aard van informatiebehoeften

De specificatie van fasen en deelfasen die we hiervoor hebben aangebracht levert ons een instrument om de verschillende informatiebehoeften te identificeren en te ordenen. Gezien de uitvoerige toelichting in het voorafgaande volstaan we hier met een opsomming van de onderscheiden informatiebehoeften (figuur 1.2).

fase	behoefte aan informatie over:
PROBLEEMANALYSE	1. de uitgangssituatie (ongewenste situatie) 2. prognoses over toekomstige uitgangssituaties 3. doelstellingen (gewenste situatie) 4. het ontstaan van de uitgangssituatie en de doelstellingen, en de belemmeringen in het opheffen van het verschil tussen beide 5. prioriteiten
STRATEGIE-ONTWIKKELING	6. aard van de mogelijke oplossingsstrategieën 7. de subjectief verwachte waarde van deze strategieën 8. beschikbare en benodigde middelen 9. strategiekeuze
UITVOERING EN EVALUATIE	10. investeringen 11. procesverloop 12. effect 13. efficiency 14. adequaatheid

Figuur 1.2 Overzicht van typen informatiebehoeften ingedeeld naar de fasen in het proces van probleemoplossen.

1.4 INFORMATIE: BEGRIPSBEPALING EN KWALITEIT

Het doel van de uiteenzetting over de fasentheoretische benadering is het bieden van een structuur waarin de rol duidelijk wordt die informatie kan vervullen in de zorg voor de geestelijke volksgezondheid. We gaan er van uit dat we bij het oplossen van problemen, plannen en beslissen op de verschillende organisatienivo's te doen hebben met ingewikkelde processen van informatieverwerking. De aard van de informatiebehoeften hebben we hiervoor reeds samengevat. Om de kerngedachte van dit hoofdstuk goed te kunnen begrijpen lichten we hieronder de betekenis van de begrippen 'informatie' en 'kwaliteit van informatie' nader toe.

1.4.1 Het begrip 'informatie'

Informatie is het resultaat van een waarneming van de werkelijkheid én de interpretatie daarvan, en is als zodanig dus te onderscheiden van pure 'data' (Knox, 1979). Informatie levert nieuwe kennis over de werkelijkheid. Hoe beter de realiteit in ons denken vertegenwoordigd is, hoe meer kans we hebben adequaat te handelen, onze doelen te bereiken en daardoor problemen op te lossen.

Het proces van probleemoplossen krijgt een problematiek karakter, onder meer, naarmate de onzekerheid die we tijdens de verschillende fasen van dit proces ervaren toeneemt. Onzekerheid over de uitgangspositie, over de doelstellingen, of over de oorzaken van het verschil tussen beide maakt het ons moeilijk gericht te denken over adequate oplossingsstrategieën. Onzekerheid over de verwachte positieve of negatieve gevolgen van strategieën ontnemt ons de mogelijkheden voor een verantwoorde strategiekeuze. Onzekerheid over de feitelijke gevolgen van ons handelen leidt tot de frustrerende ervaring dat we niet weten of we moeten doorgaan met een bepaalde aanpak of daar juist zo snel mogelijk mee moeten stoppen.

Voor degene die een probleem ervaart is INFORMATIE dus "een (verzameling van) bericht(en) waardoor op een of andere manier onzekerheid wordt opgeheven" (Van Doorn en Van Vught, 1978a, pag. 224). Binnen deze kontekst betekent onzekerheid doorgaans: subjectief ervaren onzekerheid over de werkelijkheid of de verwachte werkelijkheid. De INFORMATIEBEHOEFTE wordt dan bepaald door de mate waarin de probleemdruager onzekerheid ervaart én het ervaren belang om deze onzekerheid op te heffen. Hoe onzekerder we zijn en hoe belangrijker het oordeel of de beslissing voor ons is, hoe groter het risico is dat we nemen, en hoe groter de behoefte aan informatie zal zijn ten einde dit risico te reduceren.

Toch gaat deze redenering niet altijd op. Vaak zijn het juist de zogenaamde zekerheden en vanzelfsprekendheden die we via nieuwe informatie onderuit willen halen. Het doel van informatie is dan juist om mensen - minstens tijdelijk - onzeker te maken over hun huidige opvattingen. Men noemt dit tegenwoordig ook wel 'problematiseren'. Dit is onder meer het geval bij ongevraagde kritiek of voorlichting. We verduidelijken dit via een tweetal voorbeelden. Een gezondheidsvoorlichter wijst via een informatiestencil op de gevaren van bepaalde voedingsgewoonten, waarvan de doelgroep zich tot dan toe niet bewust was. Of: De cliëntenbond maakt een zwartboek met informatie over mistoestanden in een psychiatrische inrichting. De voorlichter en de cliëntenbond beschikken ofwel over meer ofwel over andere data omtrent de werkelijkheid (b.v. over de nadelige gevolgen van een behandeling), of zij interpreteren dezelfde data anders, omdat zij van een ander theoretisch kader of maatschappijvisie uitgaan. Zij constateren tussen zichzelf en de doelgroep belangrijke verschillen in opvatting over de werkelijkheid. Daarom is ook hier - maar nu in objectieve, of beter gezegd in intersubjectieve zin - sprake van onzekerheid, die via informatie-uitwisseling kan worden opgeheven. De behoefte aan informatie wordt dan niet door de doelgroep zelf ervaren maar wel door de voorlichter of actievoerder. Bij deze laatste concentreert zich immers ook de probleemervaring. In deze zin geïnterpreteerd heeft de voorgaande definitie van informatie een meer algemene betekenis.

1.4.2 Kwaliteit van informatie

Uitgaande van het belang van een goede informatieve basis voor de beleidsontwikkeling en de uitvoering van het werk, dringt zich uiteraard de vraag op: Wat is goede informatie? Is informatie b.v. erg vaag, onbetrouwbaar, sterk subjectief vertekend, onvolledig, onbegrijpelijk of sluit de inhoud van de informatie weinig aan op de aard van de informatiebehoefte, dan nemen we duidelijke risico's bij onze oordeelsvorming, b.v. het risico van een verkeerde prioriteitsstelling of een inadekwate strategiekeuze.

De KWALITEIT VAN INFORMATIE oftewel de INFORMATIEVE WAARDE dient in onze opvatting minstens vanuit twee gezichtshoeken te worden beoordeeld:

- de relatie tussen informatie en werkelijkheid
- de relatie tussen informatie en het oplossen van een probleem

Allereerst is informatie kwalitatief beter naarmate zij meer overeenstemt met dat deel van de werkelijkheid waarover een uitspraak gedaan wordt. Deze omschrijving komt dicht bij hetgeen een aantal sociale wetenschappers als 'VALIDITEIT' definiëren, nl. de mate waarin het geïnterpreteerde meetresultaat (informatie) overeenkomt met datgene wat men beoogt te meten (de beoogde werkelijkheid) (Kerlinger, 1964; Gadourek, 1969; De Groot, 1972). Vanuit deze optiek dient informatie 'objektief', betrouwbaar en volledig te zijn. Informatie is echter altijd een interpretatie van de werkelijkheid. Het is dan ook gangbaar om het begrip 'objektief' niet in absolute zin op te vatten, maar in de zin van 'intersubjectief en controleerbaar' (Van Dijkum e.a., 1981). Informatie wordt als 'objektiever' beschouwd naarmate zij meer systematies tot stand is gekomen, naarmate de gebruikte waarnemingsmethodiek en het interpretatiekader meer controleerbaar is, naarmate verschillende waarnemingsmethoden tot overeenkomstige conclusies leiden, naarmate er over de inhoud van de informatie meer intersubjectieve overeenstemming bestaat op basis van een kritiese dialoog, en naar de mate waarin hierbij kondities zijn geformuleerd waaronder informatie, afgeleid uit waarnemingen, als niet valide moeten worden afgewezen. 'Intersubjectief' verwijst in onze opvatting niet alleen naar een kritiese dialoog tussen wetenschappers onderling (het wetenschappelijk forum) - zoals in de empiries-analytische stroming - maar ook naar een kritiese dialoog tussen onderzoekers en maatschappelijke groeperingen die direkt bij het onderzochte probleem betrokken zijn. Vanuit deze groeperingen kunnen immers interpretatiemogelijkheden van onderzoeksresultaten naar voren worden gebracht, waarvan een onderzoeker zich niet bewust is, omdat hij vanuit een andere sociale achtergrond niet vertrouwd is met hun dagelijks leven, hun ideologie en sociale geschiedenis.

Een aantal critici van de positivistiese wetenschapsbenadering (Holzkamp, 1972; Van den Dool en Verbeij, 1981; Van Dijkum e.a., 1981) stellen terecht dat deze benadering zich te eenzijdig gericht heeft op het veilig stellen van kenmerken als validiteit, objectiviteit en algemene geldigheid, ten koste van een reflexie op de maatschappelijke bruikbaarheid van wetenschappelijke informatie. In zijn publikatie over sociaal beleidsonderzoek maakt van der Vall (1980) dan ook een onderscheid tussen epistemologische validiteit en implementaire validiteit. Het eerste komt overeen met wat wij hiervoor hebben omschreven als 'validiteit', het tweede type verwijst naar de mate waarin een bijdrage wordt geleverd aan 'het ontwerpen van beleidsalternatieven en het ontwik-

kelen van konkreet beleid' (pag. 29). Wij gebruiken hier liever de term 'NUTTIG-HEIDSWAARDE' en bedoelen daarmee de mate waarin informatie bijdraagt aan de oplossing van een probleem in de samenleving. Wij achten deze bijdrage onder meer afhankelijk van de mate waarin de informatie:

- a. aansluit bij de aard van de informatiebehoefte
- b. nauwkeurig genoeg is gezien het beoogde doel
- c. begrijpelijk is voor de gebruiker
- d. beschikbaar en toegankelijk is op het moment dat de informatiebehoefte het grootst is
- e. konkrete aanwijzingen geeft voor de wijze van probleemoplossen
- f. een breder toepassingsveld heeft (generaliseerbaarheid)

De voorgaande criteria beschrijven een ideale norm. Bij het waarnemen en interpreteren in de dagelijkse praktijk hebben we met tal van belemmeringen te maken. We doelen daarbij met name op BEPERKINGEN in de zichtbaarheid van relevante aspecten van de werkelijkheid en op de subjektiviteit van de gebruikte informatie.

De zichtbaarheid van de gegevens die we nodig hebben is om een viertal redenen beperkt. Allereerst is de werkelijkheid zeer complex. De meeste moderne theorieën over psychosociale stoornissen en over geestelijke gezondheidszorg veronderstellen een ingewikkeld samenspel van een veelheid van factoren. Ten tweede is de werkelijkheid niet staties maar verandert voortdurend, zowel onder invloed van ons eigen handelen als door externe factoren. Ten derde draagt het waarnemingsvermogen van de individuele hulpverlener of een team niet ver genoeg om te kunnen zien wat er zich bij grote bevolkingsgroepen - vaak binnenskamers - aan nood of dreigende nood afspeelt. Zo zullen we in hoofdstuk 4 aantonen dat de psychosociale nood waarmee de GGZ via haar cliënten gekonfronteerd wordt slechts een beperkt en selektief deel vormt van de korresponderende nood die in de samenleving voorkomt. Tenslotte beogen sommige activiteiten, zoals b.v. konsultatie of voorlichting op scholen een indirekt effekt of een effekt op langere termijn. Een direkt zicht op het preventieve rendement ontbreekt hierdoor, alsmede een direkte feedback over de eventuele noodzaak tot strategiewijziging.

Niet alleen de beperkte zichtbaarheid maar ook het intuïtief-subjektieve karakter van de meeste waarnemingen kunnen een vertekend beeld opleveren van de werkelijkheid. Sociaal-psychologische processen als selektieve aandacht, selektieve waarneming en kognitieve dissonantie beïnvloeden het beeld dat we ons vormen van de werkelijkheid. Sociale problemen die ver van ons afstaan, gezien onze eigen achtergrond en sociale positie, zullen daardoor minder snel onderkend worden. Het individu-gerichte interpretatiekader dat in de hulpverlening domineert draagt ertoe bij dat de sociale problemen geïndividualiseerd worden (Nijhof, 1978). Voorts veronderstellen we vaak meer effekt van preventieve investeringen, b.v. voorlichtingsactiviteiten, dan op basis van onderzoeksresultaten verantwoord lijkt (Hosman, 1977).

Gegeven deze en andere beperkingen is het zaak extra zorg te besteden aan het ontwikkelen van een adekwate informatie-huishouding in de AGGZ. Voorbeelden hiervan zijn: het opzetten van een regionaal overleg tussen werkers van verschillende werksoorten, het stimuleren van een kritiese instelling ten aanzien van gangbare informatieprocedures, het betrekken van doelgroepen bij beleidsvoorbereiding en het uitwisselen van

praktijkervaringen tussen preventiewerkers via het Landelijk Overleg (LORP) of via schriftelijke projectverslagen.

Bij de pogingen deze informatiehuishouding een meer wetenschappelijke basis te geven spelen twee onderzoekstradities een belangrijke rol, nl. de epidemiologie en de programma-evaluatie. Gezien de aard van ons onderzoek zullen we ons hierna vooral bezig houden met de betekenis van de sociale epidemiologie. Gezien de grote overlap tussen beide gebieden zullen we in paragraaf 1.6 nader ingaan op enkele overeenkomsten en verschillen.

1.5 SOCIALE EPIDEMIOLOGIE

1.5.1 Een omschrijving van het gebied

Historisch gezien werd de term 'epidemiologie' uitsluitend geassocieerd met de medische wetenschappen, in het bijzonder met de leer van de verbreiding en de verspreidingswijze van besmettelijke ziekten. Een voorloper van de moderne epidemiologie vinden we reeds in de officiële registraties van sterfte- en ziektecijfers sinds de 16e en 17e eeuw. De betekenis van deze term en het korresponderende wetenschapsgebied heeft in de loop der tijden echter nogal wat veranderingen ondergaan. Om inzichtelijk te maken waarmee epidemiologen zich heden ten dage bezig houden geven we hieronder een schets van de belangrijkste veranderingen.

Allereerst zijn inmiddels ook vele niet-besmettelijke lichamelijke ziekten, welke "onder het volk verspreid" zijn, onderwerp van epidemiologisch onderzoek geworden, b.v. 'Engelse ziekte', hart- en vaatziekten en verschillende vormen van kanker. Sedert de bekende suicide-studies van Durkheim aan het eind van de 19e eeuw en de sociaal-ecologische studies van Dunham en anderen in de dertiger jaren over de concentratie van geestesgestoornis in bepaalde stadsgedeeltes, heeft zich ook een epidemiologie ontwikkeld van psychosociale stoornissen. Omdat de nadruk hierbij niet primair ligt op organische ziekten maar op stoornissen welke gerekend kunnen worden tot het terrein van het sociaal-afwijkend gedrag, heeft zich rond dit thema een nieuwe tak van de epidemiologie ontwikkeld. Vanuit de verschillende disciplines worden hieraan onderscheiden benamingen toegekend, o.a. de 'psychiatrische epidemiologie' (Romme, 1976), de 'psychiatrische sociologie' (Reiman, 1973, Nijhof, 1978) en de 'sociale epidemiologie'¹⁾ (Spitzer & Denzin, 1968, Bloom, 1981, Hosman en Diekstra, 1980).

Door de toenemende aandacht voor psychosomatische verschijnselen en voor epidemiologisch onderzoek in de huisartsenpraktijk is de scheidslijn tussen de epidemiologie van de somatische en de psychosociale stoornissen opnieuw aan het vervagen. Een duidelijk voorbeeld hiervan vormt het onderzoek naar de oorzaken van kanker en hart- en

¹⁾ Deze term wordt vooral binnen de psychologie gebruikt, alhoewel ze ook bij sommige sociologen is te vinden (Tellegen, 1970).

vaatziekten. Oorspronkelijk werden zij uitsluitend vanuit een mediese gezichtshoek bestudeerd. Uit meer recent epidemiologies onderzoek blijken ook aanwijzingen voor de rol van psychologische en sociale factoren in hun ontstaan (Kiritz e.a., 1974; Cullen e.a., 1976; Appels, 1977; Fox, 1978).

Epidemiologen houden zich niet alleen bezig met ziekten en stoornissen, maar ook met perioden, levensomstandigheden en groepen welke juist opvallen door een hoge mate van gezondheid en welzijn. Typerend hiervoor is de wijze waarop de Groot reeds in 1961 de taken van de epidemioloog omschreef, namelijk als:

- a. het meten van de gezondheid van de bevolking
- b. de bestudering van factoren en omstandigheden van invloed op de gezondheid
- c. de evaluatie van voorzieningen en diensten voor de volksgezondheid.

Voorheen hielden epidemiologen zich uitsluitend bezig met het voorkomen en ontstaan van min of meer 'klassieke' ziektebeelden. Zij zijn dan ook vooral bekend als tellers van symptomen en gevallen. In de epidemiologische studies van de laatste 10 à 15 jaar wordt echter ook veel aandacht besteed aan probleemervaringen en de verwerking ervan, zoals die in het dagelijkse leven voorkomen; alsmede, de condities waaronder de verwerking van deze problemen tot stoornissen kunnen uitgroeien of anderzijds juist bijdragen aan een verdere lichamelijke en psychosociale ontplooiing. Representatief voor deze ontwikkeling is de hiernavolgende definitie van Bloom (1981), een toonaangevende auteur in de VS op het terrein van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Hij definieert de 'sociale epidemiologie' als:

"the scientific study of the nature (description and distribution) and of the causes of social and psychological health and illness. It is to be understood that this includes conventional "social problems" as well as psychological states that are problematic for the individuals concerned; it also includes collective and individual forms of social productivity, creativity and well-being" (pag. 170).

Een verdere uitbreiding van het werkterrein betreft het onderzoek naar de werking van voorzieningen voor (geestelijke) gezondheidszorg. Meestal wordt dit deel van de epidemiologie aangeduid met de term "OPERATIONEEL ONDERZOEK" (operations research). Hoewel dit onderzoek reeds in 1957 door Morris en in 1961 door de Groot als deelgebied van de epidemiologie werd omschreven, heeft het vooral de laatste jaren grote aandacht gekregen door de huidige problemen in de gezondheidszorg. Het is met name door de toenemende belangstelling van epidemiologen voor dit deelgebied dat het terrein van de 'programma-evaluatie' en de epidemiologie elkaar steeds meer overlappen.

De epidemiologie van de psychosociale stoornissen en gezondheid heeft zich inmiddels ontwikkeld tot een typies voorbeeld van integratieve wetenschapsbeoefening. Binnen haar werkterrein komen invloeden tezamen uit de mediese wetenschappen en de sociale wetenschappen. Voor de mediese wetenschappen zijn dat met name de sociale psychiatrie, de sociale geneeskunde en de psychopharmacologie. Vanuit de sociale wetenschappen worden bijdragen geleverd door de sociologie (m.n. de mediese sociologie), de psychologie (m.n. de kliniese en sociale psychologie), kulturele antropologie, de pedagogiek en de bestuurs- en planningskunde. Het is niet alleen zo dat in de epidemiologie invloeden van uiteenlopende disciplines herkenbaar zijn, ook wordt binnen meerdere van deze disciplines de epidemiologie als een eigenstandig gebied erkent. De eerder genoemde benamingen, zoals 'psychiatrische sociologie' en 'psychiatrische epidemiologie' zijn hier

een weerspiegeling van. Was de epidemiologie oorspronkelijk vooral een mediese aangelegenheid, de epidemiologie van de psychosociale stoornissen is vooral tot ontwikkeling gekomen vanuit de sociologie. De bijdrage van psychologen aan de ontwikkeling van de epidemiologie is van nog vrij recente datum. De behoefte aan hun bijdrage groeide omdat de herhaaldelijk aangetoonde samenhangen tussen sociologische kenmerken of verschijnselen en het voorkomen van psychosociale stoornissen onvoldoende inzicht boden in het ontstaansproces van deze stoornissen en daarmee ook te weinig aangrijpingspunten opleverden voor interventie. Pogingen de epidemiologie een belangrijke ondersteunende rol te laten vervullen in de programma-ontwikkeling van GGZ-instellingen (in de VS) en in het bijzonder bij de ontwikkeling van preventieve interventieprogramma's heeft met name bij de in deze sector werkende psychologen weerklank gevonden (Community Psychology)¹⁾.

De epidemiologie van de psychosociale stoornissen en gezondheid, zoals deze vanuit de sociale wetenschappen wordt beoefend, duiden we bij voorkeur aan met de term 'SOCIALE EPIDEMIOLOGIE'. Door toevoeging van het woord 'sociale' benadrukken we dat het gaat om de bestudering van maatschappelijke structuren, sociale situaties en gedragspatronen voorzover deze een rol spelen bij de spreiding en het ontstaan van psychosociale stoornissen onder de bevolking, bij de behandeling en de preventie ervan en bij de bevordering van de geestelijke gezondheid. Onder 'sociale' verstaan we in dit geval ook de psychologische factoren voorzover zij in de persoon de individuele neerslag vormen van een sociale leergeschiedenis en langs deze weg uiteindelijk op de geestelijke gezondheid van invloed zijn. Tenslotte willen we met de kwalificatie 'sociale' benadrukken dat hetgeen als 'gestoord', 'ziek' of 'gezond' wordt aangemerkt mede het resultaat is van een sociaal proces van betekenisverlening. Met andere woorden wat door de ene groep als 'gestoord' wordt beschouwd hoeft dat voor een andere groep nog niet te zijn. Juist door haar sociale orientatie kan de epidemiologie, zoals hier omschreven, een kritiese functie vervullen ten opzichte van een sterk individualiserende (geestelijke) gezondheidszorg.

1 5 2 De strategie van de epidemiologische kennisverwerving

Door de meeste auteurs wordt de epidemiologie onderverdeeld in een beschrijvende epidemiologie en een analytische epidemiologie. Sommigen onderscheiden daarnaast ook nog de experimentele epidemiologie (Morris, 1957, MacMahon et al., 1970; Pflanz, 1973).

De epidemioloog bestudeert allereerst wat er aan gezondheid, stoornissen, probleemgedrag, hulpzoekgedrag e.d. in de bevolking voorkomt en hoe zij over de verschillende

) De psychologen en met name de klinies psychologen die zich met deze benadering bezig houden, hebben zich in de V.S. sinds de zogenoemde 'Boston Conference' in 1965 gepresenteerd onder de noemer 'Community Psychology'. Uiteenzettingen over haar geschiedenis, doelstellingen en taakgebieden zijn te vinden in Broekman (1978), Cook (1970), Zax en Specter (1974) en in het Journal of Community Psychology, American Journal of Community Psychology en het Community Mental Health Journal.

bevolkingsgroepen zijn verspreid. Deze spreiding wordt beschreven aan de hand van een drietal dimensies: tijd, plaats en persoon. De TIJDSdimensie verwijst naar jaar- of maandindelingen, levensfase of naar de tijdsverhouding ten opzichte van een bepaalde gebeurtenis b.v. voor of na een fabriekssluiting. PLAATSaanduidingen zijn b.v. stad versus platteland, stadswijken, of school A versus school B. Veel gebruikte PERSOONS- of groepskenmerken zijn o.a. sexe, burgerlijke staat en het sociaal-ekonomies milieu. Via deze beschrijvende epidemiologie worden geen uitspraken gedaan over een specifiek individu maar over grote groepen of categorieën van individuen. Zonneveld (1972) definieert de epidemiologie dan ook als wetenschap van "gezondheid, ziekte en sterfte als collectieve verschijnselen" (pag. 45).

De epidemioloog vraagt zich vervolgens af waaruit de ongelijke spreiding van lichamelijke en psychosociale stoornissen onder de bevolking voortkomt. Bijvoorbeeld: Waarom vinden we bij gescheiden personen en hun kinderen een veel hogere kans op lichamelijke en psychische stoornissen dan bij gehuwden en ongehuwden (Bloom, 1978)? Aan de hand van de beschrijvende kenmerken ontwikkelt de epidemioloog theorieën en hypothesen over de oorzaken van deze verschillen. Via verklarend of analytisch onderzoek worden deze hypothesen vervolgens getoetst. Op deze wijze kan inzicht verkregen worden in de biologische, psychologische, sociale en maatschappelijke factoren die verantwoordelijk zijn voor het ontstaan, de instandhouding of het voorkomen van deze stoornissen. Overigens zijn niet alle factoren die de differentiële spreiding verklaren ook een verklaringsgrond voor het ontstaan van de stoornissen zelf. Sociale en geografische mobiliteit als reactie op de aanwezigheid van een stoornis heeft evenzeer een belangrijke invloed op hun differentiële spreiding in de bevolking. In paragraaf 1.3.1 gaven we hiervan reeds een voorbeeld aan de hand van geconstateerde verschillen tussen sociale klassen.

Uit deze verklaringen kunnen mogelijkheden voor preventie of wenselijke veranderingen in de professionele gezondheids- en welzijnzorg worden afgeleid. Voor de evaluatie van dergelijke activiteiten en maatregelen is opnieuw beschrijvend en verklarend onderzoek nodig. De resultaten daarvan vormen de uiteindelijke toetssteen voor de deugdelijkheid van de verklaringen welke op basis van analytisch onderzoek werden gevonden. Wanneer bij verklarend-evaluatief onderzoek een experimentele benadering wordt gebruikt, spreekt men van 'experimentele epidemiologie'.

De hier beschreven indeling loopt parallel met de cyclus van het empirisch-wetenschappelijk onderzoek zoals door de Groot (1972) is omschreven: observatie, inductie (formulering en hypothesen), deductie (afleiden van toetsbare voorspellingen), toetsing en evaluatie. Het criterium voor de gebruikelijke indeling in de epidemiologie is dus primair van wetenschappelijke aard.

1.5.3 Een praktijkgerichte indeling

In de epidemiologie volgens het voorgaande model staat de ontwikkeling van 'basale' kennis en theorieën over het voorkomen en ontstaan van psychosociale stoornissen voorop.

Hoewel we aan een dergelijk type epidemiologie een belangrijke waarde toekennen, is deze oriëntatie - althans minstens in de GGZ - ten koste gegaan van de bruikbaarheid van epidemiologische gegevens bij de beleidsontwikkeling en de uitvoering van het werk. Tussen de epidemiologie en de GGZ-praktijk bestaat een grote afstand.

Wij geven daarom de voorkeur aan een indeling van de sociale epidemiologie welke meer is AFGESTEMD OP DE ONDERSCHIEDEN INFORMATIEBEHOEFTEEN OP HET TERREIN VAN DE GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID. Ook een meer op de praktijk gerichte epidemiologie kan in onze opvatting bijdragen aan een wetenschappelijke theorievorming en aan de ontwikkeling van voor de praktijk 'fundamentele' kennis. Voor een dergelijke indeling baseren wij ons op het onderscheid in informatiebehoeften, welke horen bij de verschillende fasen van het planningsproces of, meer algemeen, de fasen van een probleemoplossend proces. Hierbij sluiten we ons aan bij de opvattingen van Knox (1979), die in een publikatie van de World Health Organization een overeenkomstig pleidooi heeft gehouden voor een sterk op het planningsproces gerichte epidemiologie. In ons land vinden we overeenkomstige opvattingen verwoord door Giel en Ten Horn (1981). Informatiebehoeften kunnen gegroepeerd worden rond een drietal globale fasen: (1) de probleemanalyse, (2) de strategie-ontwikkeling en (3) de uitvoering en evaluatie. In paragraaf 1.4.1 hebben we deze informatiebehoeften nader gespecificeerd.

Pas in tweede instantie maken we een onderscheid tussen BESCHRIJVEND en VERKLAREND ONDERZOEK. Beide typen onderzoek kunnen in ieder van de drie fasen worden toegepast. Hoewel beschrijvend en verklarend onderzoek eveneens een toekomst-voorspellende functie kan hebben, leek het ons zinnig hiernaast ook 'voorspellend onderzoek' te onderscheiden, wanneer daarvoor specifiek ontwikkelde methoden worden gebruikt.

Tenslotte kunnen we in de hier beschreven sociale epidemiologie MEERDERE SYSTEMEN onderscheiden welke het object vormen van onderzoek. Vanuit sociaal-epidemiologisch gezichtspunt wordt het geestelijke gezondheidsnivo van een populatie of specifieke bevolkingsgroep opgevat als het resultaat van een historische en momentane wisselwerking tussen (1) deze populatie of groep, (2) haar sociale en maatschappelijke omgeving en (3) de professionele zorgsystemen op het terrein van welzijn en gezondheid. Tot dit laatste rekenen wij niet alleen professionele hulpverleningsinstanties maar ook alle andere activiteiten en maatregelen welke voortvloeien uit de sociale welzijnspolitiek van de overheid. In ieder van de hiervoor genoemde fasen is informatie nodig over elk van deze drie systemen.

Op basis van het voorgaande geven we hieronder een schets van de verschillende deelgebieden binnen de sociale epidemiologie. Voor een beschrijving van een reeks konkrete voorbeelden van epidemiologisch onderzoek verwijzen we naar een eerdere publikatie (Hosman en Diekstra, 1980).

1 5 4 Probleem-analyties onderzoek¹⁾

Het meeste thans beschikbare sociaal-epidemiologisch onderzoek valt onder deze noemer. Overeenkomstig figuur 1.2 brengen we hierbinnen een verdere onderverdeling aan: doelstellingen-onderzoek, probleem-beschrijvend onderzoek, probleem-verklarend onderzoek, probleem-voorspellend onderzoek en prioriteitsanalyses.

1 5 4 1 doelstellingen-onderzoek

Hoewel in epidemiologisch onderzoek nog vaak wordt teruggegrepen op het klassieke klassificatiesysteem van psychische stoornissen, is anderzijds - onder invloed van deviantie- en etiketteringstheorieën - duidelijk geworden dat het bij psychosociale stoornissen om 'sociale konstrukties' gaat (Nijhof, 1978). Of iemand als 'gestoord' wordt aangemerkt en hoe de stoornis wordt omschreven, is mede het resultaat van een sociaal krachtenspel waarbinnen aan afwijkende gedragingen of belevingen een betekenis wordt gegeven. Doelstellingen-onderzoek bestudeert de inhoud die in de maatschappij gegeven wordt aan het begrip 'geestelijke gezondheid' of aanverante begrippen en voorts de sociale processen waarlangs deze invulling ontstaat.

Typerend hiervoor zijn vragen als: Wat vinden bevolkingsgroepen in vergelijking tot hulpverleners 'geestelijk gezond'? Verschillen de criteria hiervoor naar sociaal milieu, sexe of etnische groepering? Wat is de invloed van maatschappijvisies op dergelijke opvattingen? Vanuit welk ideaalbeeld voeden ouders of leerkrachten kinderen op? Hoe vatten huisartsen, wijkverpleegkundigen en kraamverzorgsters hun taak op ten aanzien van psychosociale problemen in hun praktijk?

Daarnaast kan doelstellingen-onderzoek een belangrijke bijdrage leveren aan de invloed van de bevolking op het hulpverleningsbeleid. Een voorbeeld: Welke doelstellingen zouden wao-ers in een grote gemeente als uitgangspunt willen kiezen voor een nog op te zetten zelfhulporganisatie?

1 5 4 2 probleembeschrijvend onderzoek

Dit type onderzoek verzamelt wetenschappelijke informatie over meestal ongewenste kenmerken van de Ausgangssituatie, zoals we die aantreffen bij de bevolking, in de stresserende, ondersteunende of belemmerende omgeving en in professionele zorgsystemen. Het

¹⁾ In de traditionele epidemiologie wordt met de term 'analyties' uitsluitend het 'verklarend' onderzoek aangeduid. We gebruiken deze term hier in een ruimere betekenis, aangezien een zorgvuldige beschrijving van de aard van een probleem evenzeer een essentieel onderdeel vormt van een 'probleemanalyse' als het verwerven van inzicht in de oorzaken van een probleem.

gaat daarbij niet alleen om het opsporen van aanwezige stoornissen (prevalentie) en nieuwe gevallen (incidentie), maar evenzeer om beschrijvingen van het proces waarlangs deze zich ontwikkelen en mogelijk leiden tot een patiëntenkarrière (Buytendijk, Hosman en Sauren, 1977). Hierbij denken we met name aan het proces van probleemervaren, pogingen tot probleemoplossen, hulpzoeken, aanmelding bij de professionele hulpverlening, diagnose, behandeling, doorverwijzing, opname, ontslag en terugkeer in de maatschappij. Tellegen (1970) spreekt in dit kader dan ook van ziekte als sociaal proces. Vanuit eenzelfde procesopvatting schrijft Philipsen (1968) over "het besliskundig model van het verloop van een ziektegeval".¹⁾

Beschrijvend onderzoek omvat ook alle beschrijvende relaties b.v. de relaties tussen het voorkomen van psychosomatische stoornissen en sociaal-ekonomische omstandigheden.

Dergelijke relaties geven ons inzicht in de individuele en sociale kontekst en kunnen ons daardoor belangrijke aanwijzingen geven voor mogelijke belemmerende factoren in de ontwikkeling van geestelijke gezondheid.

Binnen de AGGZ wordt dit probleembeschrijvend onderzoek ook wel SIGNALERINGS-ONDERZOEK genoemd. Hiermee wordt uitdrukkelijk verwezen naar het opsporen van preventieve doelgroepen²⁾ (o.a. risikogroepen), risikofactoren, en andere behoeften en knelpunten op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Hoofdstuk 2 is geheel aan dit type onderzoek gewijd. We komen daar nog uitvoerig terug op de betekenis van begrippen als: signalering, behoefte, risikogroep en risikofactor. Voorzover in signaleringsonderzoek de aanwezigheid van reeds bekende belemmerende of bevorderende condities wordt aangetoond is dit onderzoek van het beschrijvende type. We moeten dan wel de beschikking hebben over theoretische opvattingen die in eerdere onderzoeken zijn ondersteund. Beoogt signaleringsonderzoek de belemmerende of bevorderende werking van condities aan het daglicht te brengen, welke tot nu toe niet werden onderkend, dan is daarvoor veelal onderzoek van het verklarende type gewenst.

1 5 4 3 probleem-verklarend onderzoek

Hiertoe worden zowel de theorievorming als het hypothese-toetsend onderzoek gerekend, waarin men tracht aan te tonen hoe en waardoor geestelijke (or)gezondheid ontstaat of

¹⁾ Zie ook hoofdstuk 5

²⁾ De term 'preventieve doelgroep' hebben we elders (Hosman, 1982) gedefinieerd als die bevolkingsgroep waarbij we uiteindelijk een preventief doel willen bereiken, ongeacht of deze doelgroep via een direkte dan wel indirecte strategie (b.v. via consultatie aan de huisarts) wordt benaderd. Taalkundig gesproken, wordt het adjectief 'preventief' bij preventieve doelgroep op een onjuiste wijze gebruikt, althans als we ons beperken tot de betekenis die we in de Nederlandse woordenboeken aantreffen. Van Dale geeft als betekenis 'voorkomend, strekkend tot verhindering van iets dat ongewenst is'. In deze zin wordt het gebruikt bij preventieve wetgeving, preventieve maatregelen en preventieve strategieën. In ons geval gaat het daarentegen om een doelgroep waarbij men iets ongewenst tracht te verhinderen. We voegen er dus een nieuwe betekenis aan toe. Het belang hiervan ligt in de noodzaak om binnen de doelgroepen, waarop de AGGZ-preventie zich richt, een onderscheid te kunnen maken tussen preventieve doelgroepen en de zogenoemde strategie of intermediaire doelgroepen (b.v. huisartsen, wijkverpleegkundigen, leerkrachten). De preventieve doelgroepen zijn dan (bepaalde) klanten van de huisarts of wijkverpleegkundige, en leerlingen van een school.

zich handhaaft. Sociaal-epidemiologen besteden daarbij vooral aandacht aan de invloed die de sociale en maatschappelijke omgeving hierop direkt of indirekt heeft. Hierbij wordt tegenwoordig vrij algemeen uitgegaan van multikausale modellen. De meeste ahang heeft thans een model waarin een onderscheid gemaakt wordt tussen (1) interne en externe stressbronnen, (2) de competentie van de persoon (probleemoplossend vermogen) en (3) de ondersteunende systemen in de direkte omgeving. Geestelijke gezondheid, resp. de ontplooiing of juist de bedreiging ervan, is in dit model afhankelijk van de mate waarin er tussen deze factoren een zogenoemd 'multifactorieel ekologies evenwicht' bestaat. Representatief voor deze denkwijze is het volgende citaat uit een rapport van de National Council of Community Mental Health Centers Task Force on Environmental Assessment (Swift, 1980):

"The equation below, adapted from George Albee (1977), is useful in diagramming the relationships between the critical population and environmental variables that lead to increased incidence of emotional or behavioral dysfunction.

$$\text{mental illness (incidence)} = \frac{\text{stress} + \text{physical vulnerabilities}}{\text{social supports} + \text{coping skills} + \text{self esteem}}$$

Although the equation can be applied to either individuals or populations, a primary prevention approach focuses on populations. According to the equation, mental illness results from stress interacting with the strengths and weaknesses of the population at risk. Specifically, it is a function of stress interacting with the physical vulnerabilities of individuals in a population and the strengths of the population, as reflected in social supports, coping skills and self esteem". (pag. 8-9)

Stress-theorieën nemen een steeds belangrijker plaats in bij de theorievorming binnen de sociale epidemiologie. Stress-modellen bieden zowel de mogelijkheid tot integratie van zeer uiteenlopende theoreties-epidemiologische inzichten als een basis voor het afleiden van preventie-alternatieven.

Voorts trachten sociaal-epidemiologen verklaringen te bieden voor de wijze waarop de professionele zorg funktioneert of dysfunktioneert in haar relatie tot de bevolking.

Het aantonen van (multi)kausaliteit is geen eenvoudige aangelegenheid en vereist een zorgvuldige onderzoeksofzet. Tal van controlemaatregelen zijn hierbij noodzakelijk om alternatieve verklaringen en schijnverbanden uit te sluiten. Het zou te ver voeren hier deze onderzoeksstrategieën te bespreken. We verwijzen daarvoor naar de onderzoeksmethodologische literatuur (De Groot, 1972), voor wat betreft niet-experimenteel, verklarend onderzoek naar Blalock (1964) en Blalock e.a. (1971), en experimenteel en quasi-experimenteel onderzoek naar Campbell en Stanley (1963). Ook binnen de epidemiologische literatuur zijn dergelijke onderzoeksmethodologische publikaties verschenen (MacMahon et al., 1970; Pflanz, 1973; Sturmans, 1975; Lilienfeld, 1976; Knox, 1979). Al de hier genoemde publikaties komen voort uit een empiries-analytische onderzoekstraditie. Het lijkt ons belangrijk in de sociaal-epidemiologische theorie-ontwikkeling in de toekomst ook de bruikbaarheid van kwalitatieve onderzoeksmethoden te betrekken, zoals deze recentelijk zijn beschreven binnen het kader van actie- en handelingsonderzoek (Van Dijkum e.a., 1981).

1 5 4.4 probleem-voorspellend onderzoek

Voor de geestelijke gezondheidszorg en bij uitstek voor de preventieve zorg is het belangrijk om vooruit te kunnen lopen op toekomstige ontwikkelingen in de bevolking en binnen het professionele zorgsysteem zelf. Met name zijn die ontwikkelingen relevant welke een vermoedelijke bedreiging voor de geestelijke volksgezondheid inhouden of die om andere redenen aanpassingen van het beleid van de betrokken zorgsystemen vergen. Door de kwaliteit van de informatie over de toekomst te verbeteren kunnen we ons in het hier en nu beter op die toekomst voorbereiden.

Typend voor dit type onderzoek is bijvoorbeeld de vraag: zal de groeiende behoefte aan therapeutische hulpverlening vanuit de AGGZ zich stabiliseren, afnemen of juist toenemen onder invloed van konsultatieve activiteiten gericht op de eerste lijn? Of: Wat zullen op de lange duur de gevolgen zijn van de omvangrijke en langdurige werkloosheid voor de geestelijke volksgezondheid?

De voorspellingen kunnen van tweeërlei aard zijn:

- a. de verwachte ontwikkelingen, wanneer er vanuit de professionele zorg GEEN beleidsombuigingen en interventies plaatsvinden
- b. de verwachte ontwikkelingen (gevolgen) ONDER INVLOED VAN nieuwe activiteiten, maatregelen of voorzieningen.

In dit laatste geval is sprake van strategie-ondersteunend onderzoek (zie par. 1.5.5). Het doen van prognoses is een riskante zaak omdat men daarbij rekening moet houden met een groot aantal onbekende ontwikkelingen in de toekomst. Bij instanties op het terrein van de GGZ wordt nog nauwelijks op een systematische wijze aandacht besteed aan het ontwikkelen van prognoses. Toch wordt bij elke beleidsbeslissing vooruitgelopen op de toekomst, door meestal impliciet te veronderstellen dat de toekomst hetzelfde zal zijn als het heden.

Bij toekomstonderzoek wordt gebruik gemaakt van specifiek hiervoor ontwikkelde methodieken. Van Doorn en Van Vught (1978b) beschrijven een reeks van deze zogenoemde 'forecastingstechnieken', welke ook op het terrein van de geestelijke volksgezondheid toepasbaar zijn. Voorbeelden hiervan zijn o.a. trend-extrapolatie, de analogie-methode en technieken van waarschijnlijkheidsberekening.

Bij dit type onderzoek kunnen we gebruik maken van de resultaten uit het hiervoor behandelde (histories-) beschrijvend en verklarend onderzoek en het hierna te bespreken evaluatie-onderzoek. Voor zover we nog niet in staat zijn om specifiek rond geestelijke gezondheidsvraagstukken valide toekomstonderzoek te doen, kunnen we ons minstens bezig houden met de vraag wat de mogelijke konsekventies zijn van toekomstonderzoek op andere terreinen, zoals de bevolkingssamenstelling, de economie en andere maatschappelijke ontwikkelingen. Een voorbeeld hiervan geeft De Jong (1978) in een artikel in het Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, getiteld "Bevolking en welzijn in Nederland". Hierin bespreekt hij een aantal konsekventies voor de geestelijke volksgezondheid, welke voortvloeien uit prognoses welke beschreven worden in het rapport "De komende 25 jaar" van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1977) en het rapport "Bevolking en Welzijn in Nederland" van de Staatscommissie Bevolkingsvraagstuk (1977).

1 5 4 5 prioriteitsanalyse

De mogelijkheden om binnen een regionaal zorggebied preventieve activiteiten te verrichten vanuit de AGGZ zijn talrijk. In de literatuur is een grote schakering te vinden van risikogroepen en risikodragendesituaties. De preventieve praktijk in Nederland laat reeds een zeer breed scala zien aan soorten projecten (Brand, Brinxma en Hosman, 1982). Naarmate preventiewerkers zelf meer bekend zijn met het zorggebied en betere contacten hebben met de kuratieve sektor van de AGGZ, zien zij meer konkrete aangrijpingspunten voor het opzetten van projecten. Bovendien is het onze ervaring dat het aantal aanvragen van buiten de instelling snel toeneemt, naarmate het werk van preventiewerkers in de regio meer bekendheid krijgt.

Gezien de nadruk welke in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg gelegd wordt op de ontwikkeling van meerjarenplannen per gezondheidsregio, is er meer dan voorheen behoefte aan een verantwoorde prioriteitsanalyse. Ook hierbij kan epidemiologies onderzoek een belangrijke ondersteunende rol vervullen. Tezamen met andere vormen van programma-evaluatief onderzoek kan sociaal-epidemiologies onderzoek informatie aandragen over:

- de relatieve omvang waarin de diverse problemen in de regio voorkomen, resp. dreigen voor te komen (risiko-analyses).
- het belang dat de bevolking, de eigen instelling, en andere regionale instanties aan de oplossing van de diverse problemen hechten, tegen de achtergrond van hun doelstellingen en waarden.
- de veranderbaarheid van de verschillende probleemsituaties gezien de beschikbare preventieve deskundigheid en kenmerken van de probleemsituaties zelf.
- de totale omvang van de beschikbare middelen binnen de planningsperiode.

1 5 5 Strategie-ondersteunend onderzoek

In veel gevallen levert beschrijvend onderzoek van de Ausgangssituatie reeds bruikbare informatie op voor het kiezen van strategieën en methodieken. Ook inzicht in de ontstaansredenen van probleemsituaties en de resultaten van evaluatief onderzoek kunnen hieraan een belangrijke bijdrage leveren. Toch zijn daarnaast soms ook specifieke onderzoeken nodig voor het ontwikkelen van nieuwe interventiestrategieën en -methodieken, of om de meest kansrijke benadering te kiezen uit een reeks van beschikbare alternatieven. Hierbij valt te denken aan:

- inventarisatie-onderzoek naar de middelen die voor een specifiek projekt beschikbaar, resp. noodzakelijk zijn
- onderzoek naar de communicatiegewoonten van de doelgroep om zicht te krijgen op de mogelijkheden met deze groep in kontakt te komen
- lokaliseren van belangrijke strategiese of intermediaire doelgroepen
- opinie-onderzoeken bij doelgroepen naar de ervaren aantrekkelijkheid of haalbaarheid van alternatieve strategieën

- simulatie-onderzoek waarbij de vermoedelijke gevolgen van alternatieve strategieën worden verkend.
- evaluatie-onderzoek naar de kosten, het verloop en effect van kleine proefprojecten op preventief terrein of op het terrein van organisatieverandering (b.v. veldteamontwikkeling) als voorbereiding op groterschalige projecten.

In de twee laatste gevallen is het onderscheid met het hierna te bespreken evaluatie-onderzoek relatief van aard. We rekenen hen desondanks tot het strategie-ondersteunend onderzoek omdat de evaluaties aan de uiteindelijk uit te voeren activiteiten voorafgaan en hiervan geen direkt onderdeel vormen.

1 5 6 Evaluatie-onderzoek

Overeenkomstig deze eerdere bespreking van het begrip 'evaluatie' kan een onderscheid gemaakt worden tussen de evaluatie van de **INVESTERINGEN**, het **PROCESVERLOOP**, het **EFFEKT**, de **EFFICIENCY** en de **ADEKWAATHEID**. Het evaluatief-epidemiologies onderzoek laat zich hieraan korresponderend indelen. Dergelijk onderzoek kan zowel betrekking hebben op de evaluatie van hulpverleningsinstellingen als geheel alsook op de evaluatie van b.v. specifieke preventie-maatregelen.

Verder kan ook hier een onderscheid gemaakt worden tussen beschrijvend en verklarend onderzoek. **BESCHRIJVEND EVALUATIE-ONDERZOEK** biedt b.v. wetenschappelijke informatie over de geleverde investeringen tijdens een langdurig en breedopgezet projekt, gespecificeerd naar de verschillende onderdelen van dat projekt, verder over de mate waarin een doel is bereikt, of over de positieve en negatieve ervaringen van de deelnemers aan een projekt. **VERKLAREND EVALUATIE-ONDERZOEK** heeft steeds het karakter van een experiment. Het beoogt antwoord te geven op de vraag, welke factoren nu precies verantwoordelijk zijn voor het feitelijke verloop van een projekt en voor het positieve of negatieve effect ervan.

Het belang van evaluatie-onderzoek ligt allereerst in het verkrijgen van informatie over de resultaten met het oog op de verdere beleidsontwikkeling of om lopende projecten tijdig te kunnen bijsturen. Daarnaast is dergelijk onderzoek, met name voor de preventie, van groot belang met het oog op het verbeteren van haar ontwikkelingskansen, in termen van subsidiëring, medewerking en status. Een blijvende goodwill voor preventie is afhankelijk van de mate waarin positieve effecten van het werk - indien aanwezig - op overtuigende wijze worden aangetoond. Op dit moment ontbreekt het in ons land nog vrijwel geheel aan enig inzicht op de feitelijke effecten van het preventieve werk vanuit de AGGZ.

1.5.7 Instrumenteel-nomologies onderzoek

Niet al het sociaal-epidemiologies onderzoek wordt door de hiervoor beschreven indeling gedekt. Dergelijk onderzoek veronderstelt de beschikbaarheid van een begrippenkader en onderzoeksinstrumenten. Ook met de ontwikkeling hiervan houden sociaal-epidemiologen zich bezig. In navolging van De Groot (1972) spreken we dan van INSTRUMENTEEL-NOMOLOGIES ONDERZOEK. We denken daarbij onder meer aan de ontwikkeling van de geestelijke gezondheidsindikatoren, b.v. om de somatische reacties op stress (Dirken, 1967) of stoornissen van neurotische aard te meten (Appels, 1975), de ontwikkeling van 'sociale indicatoren' (Zautra en Simmons, 1978); en indicatoren voor kenmerken van sociale netwerken (Moos, 1979; Gottlieb & Hall, 1980; Politser & Patison, 1980).

1.6 VERHOUDING TUSSEN SOCIALE EPIDEMIOLOGIE EN 'PROGRAM EVALUATION'

De wijze waarop wij hiervoor de sociale epidemiologie hebben ingevuld, vertoont duidelijke verwantschap met wat tegenwoordig bekend staat onder de noemer 'Program Evaluation'. In de Amerikaanse Community Mental Health Centers is hiermee, dankzij de steun van het National Institute of Mental Health, inmiddels een ruime ervaring opgebouwd (Attkisson et al., 1978; Coursey, 1977; Schnabel, 1980).

Attkisson et al. (1978) geven de volgende definitie van programmaevaluatie:

1. *A process of making reasonable judgments about program effort, effectiveness, efficiency and adequacy*
2. *Based on systematic data collection and analysis*
3. *Designed for use in program management, external accountability and future planning*
4. *Focuses especially on accessibility, acceptability, awareness, availability, comprehensiveness, continuity, integration and costs of services*

This definition emphasises the systematic role of evaluation in that it focuses on the utility and efficiency of the human services network both in terms of specific client need(s) and the range of human service needs within our communities". (pag. 24)

Het is verre van eenvoudig om het verschil tussen de sociale epidemiologie en programma-evaluatie precies af te bakenen. Beide gebieden hebben een verschillende ontwikkelingsgeschiedenis, alhoewel zij elkaar over en weer ook sterk hebben beïnvloed. Bovendien zijn beide gebieden nog steeds in ontwikkeling. Deze ontwikkelingen tenderen eerder naar een grensvervaging dan naar een duidelijker afbakening.

Wat in de epidemiologie "het operationele onderzoek van gezondheidsvoorzieningen" wordt genoemd, dekt een groot deel van de programma-evaluatie. Anderzijds wordt in de literatuur over programma-evaluatie regelmatig naar epidemiologies onderzoek verwezen. Hierbij wordt de 'ruimere' invulling van de epidemiologie, zoals we deze in paragraaf 1.5 hebben beschreven, meestal niet overgenomen, maar wordt verwezen naar de meer traditionele prevalentie- en incidentiestudies (Bell et al., 1978; Mitchell, 1977).

De programma-evaluatieve literatuur spreekt zich niet duidelijk uit over de overeenkomsten en verschillen tussen beide gebieden. Soms wordt de term 'epidemiologie' zelfs geheel vermeden en vervangen door aanduidingen als 'rates under treatment approach' en 'the survey approach' (Bell et al., 1977).

Gezien het voorgaande lijkt het ons weinig zinvol te stoeien over precieze afbakeningen. Toch willen we aan het onderscheid tussen beide gebieden enige richting geven. Allereerst is het essentieel dat niet alle vormen van programma-evaluatie WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK inhouden, terwijl dit bij de epidemiologie wel het geval is. Voorts beoogt de epidemiologie verklarende theorieën te ontwikkelen over het ontstaan van ziekten en stoornissen. In de program-evaluatie vinden we een dergelijke doelstelling niet terug. Verder kunnen we twee kenmerken onderscheiden waaraan het meeste epidemiologies onderzoek voldoet, maar welke niet typerend zijn voor programma-evaluatieve studies:

- epidemiologies onderzoek produceert informatie over de BEVOLKING, RESP. OVER BEVOLKINGSGROEPEN; ook wanneer het handelt over de werking van hulpverleningsinstaties, staat daarin de relatie met of de invloed op de bevolking centraal.
- gegevens over de geestelijke gezondheidssituatie van de bevolkingsgroepen, zijn VAN HET INDIVIDU AFGELEIDE GEGEVENS, ook al worden bij analyses groepen of sociale categorieën van individuen met elkaar vergeleken, en worden deze in verband gebracht met sociale en maatschappelijke omstandigheden.

1.7 SAMENVATTING EN DISKUSSIE

Problemen en beslissingen waarvoor men zich in de AGGZ thans gesteld ziet zijn talrijk, uiteenlopend en complex. Ze liggen op het terrein van de kuratieve en preventieve zorg, hebben deels betrekking op de algemene werkwijze van het hulpverleningsapparaat, deels op de ontwikkeling van specifieke projecten. We hebben het proces van probleemoplossen bestudeerd vanuit een fasentheoretische benadering en daarin de volgende vier globale fasen onderscheiden: de probleemanalyse, de strategie-ontwikkeling, de uitvoering en de evaluatie.

De grondgedachte van dit hoofdstuk kan nu als volgt worden omschreven. In elke fase speelt informatie een belangrijke rol, de aard van de benodigde informatie verschilt echter van fase tot fase. Per fase hebben we een beschrijving gegeven van te onderscheiden informatiebehoeften. De kwaliteit van de professionele zorg voor de geestelijke volksgezondheid is afhankelijk van de kwaliteit waarmee problemen worden opgelost en besluiten worden genomen, en dus uiteindelijk van de kwaliteit van de informatie die daarbij wordt gebruikt.

In dit licht hebben we de betekenis besproken die de sociale epidemiologie kan hebben voor de kwaliteitsverbetering van deze informatie-huishouding. Om van de sociale epidemiologie een wezenlijke bijdrage te kunnen verwachten is een goede afstemming op in de praktijk levende informatiebehoeften een voorwaarde. Juist aan deze praktijk-oriëntatie heeft het in de traditionele epidemiologie van de psychosociale stoornissen ont-

broken. Uitgaande van de hiervoor genoemde fasen-indeling en de daarin onderscheiden informatiebehoeften hebben we de sociale epidemiologie onderverdeeld in: probleem-analyties onderzoek, strategie-ondersteunend onderzoek en evaluatie-onderzoek. Binnen ieder van deze gebieden hebben we vervolgens nog een verdere onderverdeling aangebracht. Van epidemiologies onderzoek wordt in de AGGZ tot nu toe nog zeer weinig gebruik gemaakt. Desondanks onderkennen wij in deze zorgsector een grote behoefte aan epidemiologische ondersteuning.

We willen hiermee niet impliceren dat sociaal-epidemiologies onderzoek een panacee is voor de veelsoortige problemen in deze zorg. Praktijkwerkers en beleidsfunctionarissen hebben tal van indrukken over hun werkgebied ontwikkeld, welke weliswaar subjectief zijn, maar anderzijds het voordeel hebben meer holisties van aard te zijn. Onderzoek belicht vaak slechts een of enkele aspecten van de werkelijkheid. De waarde van deze persoonlijke indrukken en inzichten is afhankelijk van de mate waarin zij gebaseerd zijn op langdurige en diepgaande ervaringen en blootgesteld zijn aan een reeks kritiese discussies met kollega's en andere betrokkenen.

Het is dan ook onze opvatting dat de sociale epidemiologie zich dient te ontwikkelen in een nauwe wisselwerking met de praktijk. Haar bijdrage bestaat dan juist daarin dat zij zichtbaar maakt wat op andere wijze niet of slechts vertekend zichtbaar wordt. Dit impliceert zowel een ondersteunende als kritiese functie van de sociale epidemiologie. We pleiten voor een dynamies spanningsveld tussen de 'sociaal-epidemiologische benadering' en de 'praktijk-benadering', waarbij elk van beide de tekorten van de andere benadering kan bijsturen en aanvullen.

2 de aggz en de behoefte aan psychosociale hulp in de samenleving: een afstemmingsprobleem

2.1 INLEIDING

In het vorige hoofdstuk hebben we een reeks beleidsvraagstukken naar voren gebracht waarvoor de AGGZ zich thans gesteld ziet. We hebben deze vraagstukken en de daaruit voortvloeiende informatiebehoeften gerangschikt naar een viertal fasen welke in een probleemoplossend proces kunnen worden onderscheiden. In dit hoofdstuk en de hierna volgende zullen we ons beperken tot de informatiebehoeften welke behoren bij de eerste fase, nl. de probleemanalyse. Het vraagstuk dat bij deze analyse centraal staat is de verhouding tussen de behoefte aan psychosociale hulp in de samenleving en het hulpaanbod vanuit de AGGZ.

We komen dit vraagstuk tegen op alle nivo's van de gezondheids- en welzijnszorg. Zo wordt, bijvoorbeeld, in de 'Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg' (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1980) geconstateerd dat het hulpaanbod van de eerste lijn onvoldoende is afgestemd op de gewijzigde behoeften aan zorg en hulp in de bevolking. In de welzijnszorg, en met name binnen het opbouwwerk, houdt men zich al langer bezig met systematische behoefte-analyses (Maso, 1975; Goezinne-Zijlman, 1976; Meyer zu Slochteren, 1978). Binnen de AGGZ is de verhouding tussen hulpbehoefte en hulpaanbod pas de laatste jaren aktueel geworden. Zo organiseerde het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid in 1978 een landelijke studiedag rond het thema 'Oneindige behoefte - oneindige zorg' (NCGV, 1979). Thans speelt dit thema een centrale rol bij de ingrijpende herstrukturering van de AGGZ: de regionalisering.

Deze regionalisering heeft tot doel om per afgebakend sociaal-geografisch gebied van 200.000 à 300.000 inwoners (een regio) een overzichtelijk en geïntegreerd geheel aan psychosociale voorzieningen te kreëren. De verantwoordelijkheid voor het ambulante hulpaanbod in de regio is gelegd bij een 'Regionale Instelling voor Ambulante Geeste-

lijke Gezondheidszorg' (RIAGG). Hieronder vallen diensten zoals het Medisch Opvoedkundig Bureau, de Sociaal-Psychiatrische Dienst, het Bureau voor Levens- en Gezinsvragen en het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie. Deze gemeenschappelijke verantwoordelijkheid houdt onder meer de zorg in voor een overzichtelijke en evenwichtige spreiding van het hulpaanbod over de regio, voor een optimale bereikbaarheid en voor een inhoudelijke afstemming van het hulpaanbod op de aard van de regionale hulpbehoeften. In haar Interim-rapport 'Een systeem voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg' (1978) stelt de Commissie van Londen dan ook:

"Voor een goede ontwikkeling van de AGGZ zal het uitermate belangrijk zijn dat per regio in het AGGZ-veld een systematische peiling van de behoefte plaats vindt en dat per regio in samenwerking met alle betrokkenen gestreefd wordt om met de altijd beperkte middelen een zo goed mogelijk basispakket van AGGZ-zorg te realiseren." (pag. 16)

Landelijk vervult de NVAGG een centrale rol in het stimuleren, sturen en begeleiden van dit regionaliseringsproces. Sinds 1978 heeft zij daartoe een reeks beleidsnota's gepubliceerd, waarin suksessievelijk op de verschillende aspecten van dit regionaliseringsproces wordt ingegaan. Ook in al deze nota's wordt de afstemming van het hulpaanbod op de regionale behoeften steeds als uitgangspunt onderstreept. In de 'Groslijst Taken AGGZ per Regio' (1978) heeft de NVAGG het verrichten of stimuleren van onderzoek naar deze afstemming expliciet omschreven als een van de voorwaardescheppende taken van een RIAGG.

Op het gebied van de PREVENTIEVE AGGZ doet het belang van behoeftebepalingen in de regio zich extra sterk gelden. De aan te pakken (dreigende) problemen en hun achtergronden zijn vaak minder zichtbaar voor de AGGZ. Aangezien hier doorgaans geen sprake is van akute psychosociale nood, zal men er minder snel toe overgaan professionele hulp in te roepen of te aksepteren. Verder is de preventieve AGGZ een betrekkelijk nieuw gebied en daarom is haar bekendheid bij de potentiële gebruikers nog niet erg groot. In de kerntaak Preventie van de genoemde Groslijst wordt het analyseren van behoeften dan ook als een aparte deeltaak beschreven onder de noemer 'signalering'. In het volgende hoofdstuk zullen we aan de specifieke betekenis van signalering speciale aandacht besteden. Het belang van de aandacht die in deze bijdrage gevraagd wordt voor de afstemming van het hulpaanbod op de hulpbehoefte is, in onze opvatting, recentelijk toegenomen. Juist dit aspect dreigt immers bedolven te raken onder de complexe herorganisaties binnen de AGGZ. Wanneer zich in de praktijk ingrijpende herorganisatieprocessen voordoen, blijken uiteindelijk interne organisatieproblemen en interne belangen, zoals het behoud van het bestaande werkklimaat, teamverband, posities, deskundigheden en beheersbaarheid de boventoon te voeren. Het sturen van de herorganisatie vanuit regionale behoeften bleek de afgelopen twee jaren noqal eens de sluitpost van de begroting te worden.

Een pleidooi voor een betere afstemming van de professionele hulp op de regionale behoeften, en dus voor het verrichten van behoefte-onderzoek, wekt nogal wat verwachtingen. Hoewel de wenselijkheid van deze afstemming evident is, zijn de problemen bij het realiseren hiervan niet gering. Achter dit complexe vraagstuk gaan immers zeer fundamentele vragen van filosofiese, maatschappelijke, organisatoriese, theoretiese en me-

thodologische aard schuil. We hebben in deze publikatie dan ook geen poging gedaan op al deze vragen een antwoord te geven, zo dit al mogelijk zou zijn. Gezien de complexiteit is een bescheidener opstelling op zijn plaats.

In dit hoofdstuk willen we een bijdrage leveren aan een betere hantering van dit hulpbehoefte-hulpaanbod vraagstuk in de AGGZ, en wel op de volgende twee aspecten. Ten eerste ontbreekt het in de discussies hierover aan een noodzakelijk begrippenapparaat, zoals door de hiervoor geciteerde Commissie van Londen terecht wordt gekonstateerd. Om in deze leemte te voorzien bespreken we in dit hoofdstuk een aantal behoefte-begrippen en behandelen we in het volgende hoofdstuk een aantal begrippen welke behoren bij de zogenoemde 'risiko-benadering' uit de epidemiologie. De tweede bijdrage wordt gevormd door een verkenning over strategieën en methodieken van behoefte-analyse. De uiteenzetting hierover in paragraaf 2.7 en 2.8 is sterk geïnspireerd vanuit de literatuur over programma-evaluatie, hoewel anderzijds juist uit dit overzicht de gedeeltelijke overlap met de epidemiologische benadering duidelijk zichtbaar wordt.

We richten onze blik allereerst echter op de VS waar zich vergelijkbare problemen hebben voorgedaan bij de ontwikkeling van de zogenoemde 'Community Mental Health Centers' (CMHC). Deze ontwikkelingen hebben een belangrijke rol gespeeld bij de recente opkomst van de programma-evaluatieve benadering, in het bijzonder op het terrein van de 'needs assessment'.

2.2 'COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS' EN 'NEEDS ASSESSMENT'

Zoals we hiervoor reeds hebben gesteld, staat de planmatige ontwikkeling van de AGGZ op basis van inzicht in landelijke en lokale behoeften nog in de kinderschoenen. In de VS is hierover inmiddels een ruime hoeveelheid literatuur voorhanden, waarin zowel theoretische, methodologische als beleidsmatige aspecten worden behandeld. Deze publikaties worden gerubriceerd onder de term 'needs assessment'. In ons verdere betoog zullen we de term 'behoefte-analyse' als equivalent gebruiken. Het is niet eenvoudig deze termen eenduidig te definiëren. In een Amerikaans overheidsrapport kwam men, volgens Stewart (1979), zelfs tot de konklusie dat 'needs assessment' niet kan worden gedefinieerd omdat er sterk uiteenlopende en schijnbaar kontradiktore studies toe gerekend worden. Wij volgen hier voorlopig de definitie die Stewart zelf geeft:

"A comprehensive needs assessment is an activity through which one identifies community problems and resources to meet the problems, develops priorities concerning problems and services, and is part of program planning and development of new and altered services." (pag. 294)

Deze definitie omschrijft de betekenis van een behoefte-analyse primair via haar doelstellingen, nl. de identifikatie van sociale problemen, de beschikbare probleemoplossende vermogens en het ontwikkelen van prioriteiten. Aan het einde van dit hoofdstuk zullen we op grond van onze bespreking een verder uitgewerkte definitie geven.

Uit een inhoudsanalyse van het Community Mental Health Journal, over de periode 1965 tot 1977, blijkt dat van de 38 gerubriceerde onderwerpen publikaties over 'planning and

needs assessment' qua aantal een zevende plaats innemen (Lounsbury et al., 1979). Veel minder frekwent werd b.v. gepubliceerd over onderwerpen als dehospitalisering, therapie, preventie, minderheidsgroepen en drugs.

Van deskundigen op het terrein van programma-evaluatie zijn er voorts een aantal handboeken verschenen die geheel of gedeeltelijk gewijd zijn aan 'needs assessment' (Warheit et al., 1974; Hagedorn et al., 1976; Coursey, 1977; Hearngraves et al., 1977; Attkisson et al., 1978; Neuber, 1980; Posavac & Carey, 1980). Vanuit een meer epidemiologische achtergrond heeft Hafner (1979) een Europese bundel over dit onderwerp geredigeerd.

De belangstelling in de VS voor 'needs assessment' vindt haar oorsprong deels in een sterk epidemiologische traditie sinds de dertiger jaren, maar vooral in de zogenoemde 'Community Mental Health Movement' (CMHM). Deze beweging is in de zestiger jaren ontstaan als reactie op de mistoestanden, de ineffektiviteit en de hoge directe en indirecte kosten van de toenmalige - hoofdzakelijk intramurale - geestelijke gezondheidszorg (Bloom, 1973; Golann & Eisdorfer, 1972; Gleiss et al., 1973). Belangrijke klachten vormden de grote kloof tussen GGZ en het natuurlijke leefmilieu, de betere behandeling van de beter gesitueerden, en het ontbreken van een preventieve aanpak. Mede dankzij de steun en invloed van de overheid heeft de CMHM in de loop van de zestiger en zeventiger jaren tot aanzienlijke veranderingen in deze sektor geleid. Het meest karakteristiek is de oprichting van een 600-tal Community Mental Health Centers (Baert, 1976; Gersons, 1977; Gersons et al., 1980). Ze zijn vergelijkbaar met onze RIAGG's, maar dan uitgebreid met een intramurale sektor en tussenvoorzieningen. Schulberg et al. (1976) rapporteren dat, onder invloed van dit beleid, het opnamecijfer voor psychiatrische inrichtingen tussen 1964 en 1969 jaarlijks met 5%, en tussen 1970 en 1975 jaarlijks met 15%, is gedaald. Over de gehele periode is het opnamecijfer dus met meer dan de helft afgenomen.

De CMHM komt sterk overeen met hetgeen in ons land 'regionalisatie' wordt genoemd. Ze hebben dezelfde doelstellingen en ook het herorganisatieproces vertoont veel overeenkomsten. Voor ons is van belang, dat ook in de CMHC's een betere afstemming van het hulpaanbod op de regionale behoeften een centraal beleidsthema vormt.

In de loop van de zeventiger jaren maakte het aanvankelijk enthousiasme plaats voor een zekere malaise. Deze had een aantal oorzaken, zoals te hooggespannen verwachtingen, onvoldoende deskundig personeel voor de vele nieuwe taken, een te breed scala aan taken binnen een te klein werkgebied, en uiteraard ook de verslechterende economische situatie in de VS. Een belangrijke reden lag voorts in het feit dat de CMHC's onvoldoende deskundigheid hadden ontwikkeld om de regionale behoeften en de resultaten van hun interventies 'hard' te maken. Hierdoor boetten ze geleidelijk in aan overtuigingskracht ten opzichte van overheid en subsidiegevers. Mede hierdoor liep de financiële ondersteuning van de CMHC's geleidelijk terug.

Onder deze druk is men in de zeventiger jaren meer nadruk gaan leggen op management, planning en beleidsondersteunend onderzoek. De Amerikaanse overheid heeft deze trend gestimuleerd door in 1975 een aantal amendementen (Public Law 94-63) aan te nemen op de oorspronkelijke Community Mental Health Centers Act uit 1963. Hierin is onder meer vastgelegd dat CMHC's, die door de overheid worden gefinancierd, verplicht zijn een deel van

hun budget te besteden aan evaluatie-onderzoek, en aan onderzoek naar de regionale behoeften aan hulpverlening en de mate waarin aan deze behoeften tegemoet wordt gekomen ('community impact').

De ervaringen in de VS en de inmiddels ontwikkelde methodologie op het terrein van de 'needs assessment' kan ons de komende jaren een belangrijke steun bieden bij het konkretiseren van de regionalisatie.

2.3 HET AANBOD-BEHOEFTEN PARADIGMA

In beleidsnota's wordt steeds gesteld dat 'het professionele hulpaanbod' dient te worden afgestemd op de BEHOEFTE VAN DE BEVOLKING. In de Engelstalige literatuur wordt gesproken van het inventariseren van de 'HEALTH NEEDS' of 'MENTAL HEALTH NEEDS' van de bevolking. Het is echter opvallend hoe weinig aandacht er in deze publicaties besteed wordt aan een theoretische verdieping van deze behoeftebegrippen. Voorzover er op dit vraagstuk dieper wordt ingegaan, ligt de nadruk doorgaans eenzijdig op de methodische aspecten (Coursey, 1977; Neuber, 1980; Posavac & Carey, 1980). Hoewel het gebruik van deze begrippen weliswaar een positieve intentie weerspiegelt, zijn zij anderzijds dusdanig vaag, dat we er in de praktijk weinig mee kunnen. Het zijn kennelijk termen, die juist dankzij hun vaagheid en tegelijkertijd hun positieve bijklank nogal gemakkelijk in beleidsnota's worden gebruikt. Over wat voor soort behoeften zou het hierbij zoal kunnen gaan? We geven hieronder bij wijze van illustratie een reeks mogelijkheden:

- de behoefte die mevrouw A ervaart aan gespecialiseerde professionele hulp, omdat ze zich langdurig zwaar depressief voelt en daardoor haar baan dreigt te verliezen
- de behoefte van de alleenstaande heer B aan wat meer aandacht van zijn burens of lotgenoten
- de behoefte aan training in probleemoplossende vaardigheden, die GGZ-deskundigen aanwezig achten bij leerlingen van het basis- en voortgezet onderwijs
- de behoefte van werkeloze jongeren aan zinvol werk
- de behoefte van een huisarts aan overleg met de AGGZ over cliënten die hij/zij heeft verwezen
- de behoefte in het plattelandsgedeelte van een regio aan AGGZ-voorzieningen dichtbij huis en niet alleen in 'de grote stad'.

Deze reeks kan nog verder aangevuld worden met tal van anderssoortige voorbeelden. Als we de inhoud van dergelijke voorbeelden analyseren dan kunnen we aan het begrip behoefte blijkbaar meerdere dimensies onderscheiden. Sommige behoeften worden omschreven op individueel nivo, andere bijvoorbeeld op regionaal nivo. Een behoefte kan berusten op de subjectieve ervaring van de rechtstreeks betrokkene(n) of op een meer of minder objectief oordeel van anderen. Soms ligt de nadruk meer op datgene, waarvan men zich wil verwijderen, soms op datgene wat als nuttig, wenselijk of aantrekkelijk wordt nagestreefd. Verder hebben niet alle behoeften betrekking op de behoefte aan hulp, resp. professionele hulp. Bovendien zijn sommige behoeften preventief van aard, andere kura-

tief. Behoeftte en behoeftebepaling zijn dus complexe begrippen die zowel theoreties als operationeel om een nadere specificatie vragen, alvorens ze bruikbaar zijn bij beleidsvoorbereiding.

2 3.1 Het begrip 'behoefte'

Theoreties is het begrip 'behoefte' een basisbegrip uit de motivatieleer in de psychologie. We komen dit begrip echter eveneens tegen in de biologie, de sociologie en de ekonomie. Men kan behoeften immers op vele nivo's definiëren. Omdat het individuele nivo voor de AGGZ het centrale referentiekader vormt, zullen we vooral stil staan bij het behoeftebegrip in haar psychologische betekenis.

Een voor de psychologie typerende omschrijving geven Eysenck et al. (1972):

"An internally or externally aroused, brain-located force (often coupled with a accelerating emotion), subjectively experienced as an impulsion of felt necessity (a mild of intense urge) to act (immediately or later) so as to produce a certain specifiabile terminal effect which is ordinarily expected to prove beneficial to the actor and/or positively hedonic (less painfull, more pleasureable) relative to the arousing situation." (pag. 705)

We geven echter de voorkeur aan een definitie van Drever (1964), welke eveneens uit de psychologie afkomstig is, maar het voordeel heeft zonder veel problemen ook bruikbaar te zijn voor behoeften van een groep, woonbuurt of organisatie. Hij omschrijft behoefte als:

"A condition marked by a feeling of lack or want of something or requiring of the performance of some action." (pag. 182)

Behoeftte is een motiverende kracht, zowel achter het handelen als het denken. In deze betekenis is 'behoefte' altijd gelijk aan behoefte aan verandering. De persoon voelt zich genoodzaakt iets te doen aan een subjektief ervaren verschil tussen een ongewenste uitgangssituatie en een gewenste doelsituatie. De ongewenste uitgangssituatie kan in het HEDEN liggen, b.v. een ontworichte huwelijksrelatie of een langdurige depressie. Zij kan echter ook in de TOEKOMST liggen. De betrokken persoon verwacht in een ongewenste situatie terecht te komen, en tracht deze te voorkomen of althans dreigende schadelijkheid ervan bij voorbaat te verminderen. We spreken dan van een PREVENTIEVE BEHOEFTE. Zo kan iemand angst hebben voor een hartaanval en besluit op grond daarvan gezonder te gaan eten en niet meer te roken. In de paragrafen over signaleren en de risikobenadering komen we nog uitvoerig op dit preventieve aspekt terug.

Hoewel de motiverende kracht van een behoefte altijd verwijst naar het verschil tussen het ongewenste en het gewenste, is soms de behoefte een ongewenste konditie te vermijden of op te heffen het meest dominant, soms het verlangen naar een specifiek omschreven doel. In het eerste geval spreken we van een NEGATIEVE BEHOEFTE en in het tweede geval van een POSITIEVE BEHOEFTE. In kuratieve hulprelaties treedt het negatieve behoefte-aspekt het sterkst naar voren. Men heeft b.v. angsten, verdriet of ruzie en men wil daarvan af. Bij de preventieve behoefte krijgt naast het negatieve, ook het positieve behoefte-aspekt veel aandacht, b.v. de behoefte aan zelf-ontplooiing, het versterken

van bestaande sociale kontakten of het scheppen van voorwaarden om andere belangrijke levensidealen te verwezenlijken. In het meeste epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van geestelijke (on)gezondheid worden echter alleen negatieve behoeften gemeten.

Behoeften verschillen voorts naar aard en intensiteit. De intensiteit drukt de sterkte van de motiverende kracht uit. Deze wordt deels bepaald door de grootte van het verschil tussen de uitgangstoestand en de gewenste doeltoestand, deels door het belang van deze doeltoestand voor de persoon. Sinds de dertiger jaren hebben zich nogal wat psychologen bezig gehouden met het vaststellen en indelen van BELANGRIJKE menselijke behoeften, de zogenoemde basisbehoeften. De meest bekende hiervan zijn Murray (1938) en Maslow (1954).

Indien het mogelijk zou zijn een definitieve lijst vast te stellen van dergelijke menselijke BASISBEHOEFTE dan zou dat met name voor de preventieve GGZ een belangrijke leidraad kunnen zijn bij de invulling van haar beleid. Ook zou het ons kunnen helpen bij de definiëring van 'positieve geestelijke gezondheid', zoals Jahoda (1958) in haar gelijknamige boek heeft beschreven. Over dergelijke indelingen bestaat echter geen overeenstemming. Vanuit verschillende achtergronden worden verschillende indelingen voorgesteld. Overigens constateert Jahoda wel een grote overlap. Maken we ons echter niet al te druk over PRECIEZE afbakeningen van het begrip 'geestelijke gezondheid' en accepteren we dat er meerdere visies bestaan over basisbehoeften dan kunnen dergelijke indelingen onze beeldvorming omtrent gezondheid toch verdiepen.

Illustratief is de bekende indeling van Maslow (1954). Hij onderscheidt. 1. fysiologische behoeften, 2. behoefte aan veiligheid, 3. behoefte aan liefde en verbondenheid, 4. behoefte aan zelfwaardering en waardering van anderen, 5. behoefte aan zelfverwerkelijking, 6. behoefte aan kennis en inzicht en 7. behoefte aan schoonheidsbeleving. Maslow en andere theoretici gaan ervan uit dat er een hiërarchie bestaat tussen lagere en hogere behoeften. Lagere basisbehoeften zijn b.v. de fysiologische basisbehoeften (voedsel, slaap e.d.) ook wel primaire behoeften genoemd. Hoewel het geen absolute voorwaarde is, ontstaat er over het algemeen pas ruimte om te werken aan hogere behoeften, wanneer lagere behoeften bevredigd zijn. Een verstoring in de bevrediging van lagere behoeften, kan een verstoring in de bevrediging van hogere behoeften tot gevolg hebben.

Hoewel de validiteit van dit hiërarchie-principe nog twijfelachtig is (Liebrand, 1977), zou deze gedachtengang belangrijke konsekventies voor de preventieve GGZ kunnen hebben. Risico's op psychosociale stoornissen zouden dan immers vooral te vinden zijn bij die groepen waar de bevrediging van fundamentele levensbehoeften worden bedreigd. Voorbeelden hiervan zijn groepen die beneden het inkomensminimum moeten leven, lichamelijk zieken, degenen die te lijden hebben onder een fundamenteel slaaptekort vanwege pijn, ploegenarbeid of geluidsoverlast, en degenen van wie de leefsituatie gekenmerkt wordt door een sterke sociale isolatie. Ook Caplan en Grunebaum (1967) baseren zich op deze gedachtengang in hun verhandeling over primaire preventie.

"Over the long term, the likelihood of psychological dysfunction is increased if specified basic resources are not adequately provided for the population, these resources may be classified as physical, psychological, and sociocultural. A program of primary prevention will seek to evaluate these resources and ensure their optimal provision in the population. " (pag. 332)

2.3.2 Relatie tussen de begrippen: behoefte, probleem en hulpbehoefte

Het begrip behoefte, zoals hier omschreven, is vrijwel identiek aan het eerste gedeelte van onze probleem-definitie (hfdst. 1, par. 1.3.1). We kunnen een PSYCHOSOCIAAL PROBLEEM daarom nu óók omschrijven als: een psychosociale behoefte, voor de bevrediging waarvan de betrokkene geen onmiddellijke oplossing weet en hiervoor evenmin via routinematig handelen een oplossing kan vinden. Als equivalent voor de term 'probleem' zou men dus ook kunnen spreken van een 'problematiese behoefte'. Niet iedere behoefte hoeft dus een probleem te zijn, maar ieder probleem verwijst volgens onze definitie wel naar een onvoldane behoefte.

Is er een psychosociaal probleem, maar zijn de eigen probleemoplossende vermogens uiteindelijk toch toereikend voor een voldoende bevrediging, dan is er geen hulp van 'derden' noodzakelijk. Blijkt het eigen vermogen daarentegen ontoereikend, en blijft de behoefte aan een oplossing bestaan, dan is er voor het bereiken van deze oplossing hulp van anderen nodig. We spreken dan van HULPBEHOEFTE. We gaan van de normatieve veronderstelling uit dat dit in eerste instantie hulp is van 'anderen uit de omgeving'. Hier toe rekenen we al die personen, groepen of organisaties die voor de probleemdager een belangrijke ondersteunende rol kunnen vervullen, maar die niet tot de professionele gezondheids- of welzijnszorg worden gerekend. Ze kunnen variëren van gezinsleden, collega's op het werk tot een zelfhulpgroep. Dit geheel wordt ook wel aangeduid met de term 'informele hulp' of 'mantelzorg' (Hattinga Verschure, 1972).

De ernst van een probleem is groter naarmate de intensiteit van de problematiese behoefte sterker is en naarmate er minder kans bestaat dat de persoon, eventueel met hulp van anderen, tot een bevredigende oplossing komt.

2.3.3 Psychosociale nood en behoefte aan professionele hulp

Wanneer een psychosociaal probleem als een wezenlijke belemmering voor het welzijn van een persoon wordt ervaren, het probleem langdurig is of dreigt te worden, en zowel het eigen probleemoplossend vermogen alsook de toegankelijke informele hulp ontoereikend zijn voor een bevredigende oplossing, dan spreken we van PSYCHOSOCIALE NOOD¹⁾ of een PSYCHOSOCIALE STOORNIS.

¹⁾ We gebruiken hier de term 'nood' als equivalent, omdat deze term ook in het dagelijks spraakgebruik naar een ernstige probleemsituatie verwijst, en daarmee ook voor niet-deskundigen begrijpbaar en invoelbaar is. Bovendien wordt de term vaak gebruikt in een probleemsituatie die om een voorziening vraagt (zie van Dales's woordenboek). Het is echter zeker niet zo dat deze term in het dagelijks spraakgebruik uitsluitend wordt toegepast op situaties waarbij professionele hulp wenselijk geacht wordt. Veel gehoorde uitspraken als 'mensen in nood helpen' en 'in nood leert men zijn vrienden kennen' getuigen hiervan. Wij gebruiken de term 'nood' echter wel in deze engere betekenis, zoals dit ook het geval is in de landelijke Preventie-nota van de NVAGG (1981). We hechten er sterk aan om over een alternatief te beschikken voor de term 'stoornissen' omdat termen als 'psychische gestoordheid' vaak negatieve associaties en een sociale afstand oproepen (Nijhof en Hosman, 1981) en vanwege haar sterke associatie met een medies denkkader. De term 'nood' doet een duidelijker beroep op het menselijk aspect (levensproblemen) en biedt meer mogelijkheden tot identifikatie.

We gebruiken in dit verband liever de kwalificatie 'psychosociaal' dan 'psychies'. De eerste reden hiervoor is dat zogenoemde psychiese stoornissen hun betekenis mede ontleenen aan de sociale context. De stoornis zegt niet alleen iets over de 'psyche' van de persoon maar vrijwel altijd ook iets over de verhouding tussen deze persoon en zijn omgeving. De tweede reden hebben we hiervoor reeds genoemd, nl. dat bij het vaststellen van nood of een stoornis mede moet worden betrokken of er in de informele sociale omgeving voldoende hulp voorhanden is. We zullen soms toch de term psychiese stoornissen gebruiken als een equivalent, met name wanneer we naar literatuur of onderzoek verwijzen, waarin deze term wordt gebruikt.

Van een BEHOEFTE AAN PROFESSIONELE HULP spreken we pas wanneer een probleem zich ontwikkeld heeft tot psychosociale nood in de hiervoor beschreven betekenis¹⁾. Voor het beoordelen van de aanwezige behoefte aan professionele hulp in een bevolkingsgroep heeft dit als konsekwentie, dat niet alleen kenmerken van de hulpvrager-klient bij de analyse moeten worden betrokken, maar ook het hulpverlenend vermogen van de sociale omgeving. Voor de intake bij AGGZ-instanties zou dit kunnen betekenen, dat men bij de diagnostiek niet alleen stoornissen in de persoon of diens gezin betreft, maar ook systematies nagaat of de hulpverleningsmogelijkheden in de informele sociale omgeving voldoende zijn benut. Een dergelijke instelling kan een steeds verdergaande professionalisering van de zorg voor de geestelijke gezondheid voorkomen en tot 'retro-professionalisering' bijdragen (Van den Berg, 1980).

We hebben hiervoor gesproken over behoefte aan professionele hulp in verband met de aanwezigheid van psychosociale nood. Gezien de koppeling tussen beide begrippen is het meer geëigend om in dit verband te spreken over BEHOEFTE AAN PROFESSIONEEL-KURATIEVE HULP. Daartegenover kunnen we dan de BEHOEFTE AAN PROFESSIONEEL-PREVENTIEVE HULP stellen om te verwijzen naar situaties waarin een verhoogde kans bestaat op de ontwikkeling van psychosociale nood. Voor een behoefte aan professioneel-preventieve hulp is het niet noodzakelijk dat er reeds van een ervaren probleem sprake is, het gaat om de inschatting van de kans op een ongewenste ontwikkeling.

Sommige auteurs omschrijven de behoefte aan professionele hulp in striktere termen door de 'haalbaarheid' van de gewenste hulp als een voorwaardelijk criterium toe te voegen. Zo stellen Hafner (1979, pag. 3) en Knox (1979, pag. 48) beiden dat het begrip 'need' twee dingen met elkaar in verband brengt: een ongewenste situatie aan de ene kant en de mogelijkheid van een remedie, resp. van effectief handelen aan de andere kant. Behoeften aan mediese zorg zijn volgens hen van twee groepen factoren afhankelijk, nl. een ziekte aan de ene kant en de mogelijkheden en beperkingen van behandeling aan de andere kant. In dezelfde zin definieert Matthew (1971)²⁾ 'need' in een mediese kontekst als: een ziekte of invaliditeit, waarvoor een effectieve en akseptabele behandeling beschikbaar is.

¹⁾ De professionele hulpbehoefte, zoals hiervoor gedefinieerd, biedt in onze opvatting meer duidelijkheid dan de wijze waarop Donabedian (1973), geciteerd door Knox (1979), het begrip mediese behoefte omschrijft als 'some disturbance in health and well-being which requires medical care services' (pag. 47). Deze definitie omvat geen enkel criterium waaruit de noodzaak van professionele hulp wordt verantwoord.

²⁾ Geciteerd in Hafner (1979, pag. 3).

Hoewel een dergelijke definitie vanuit pragmatis oogpunt ongetwijfeld zijn waarde heeft, draagt zij twee gevaren in zich. Stelt men immers behoeften vast met als criterium of een hulpverleningsinstantie daarop een adequaat antwoord heeft, dan kan dit gemakkelijk tot een verstarring van de hulp leiden. Er kunnen dan per definitie geen professionele hulpbehoeften gekonstateerd worden, die dergelijke instellingen prikkelen tot het ontwikkelen van kwalitatief nieuwe antwoorden. Bovendien laat Matthew's definitie alle ruimte open voor een verdere professionalisering, omdat hij het criterium voor professionele hulpbehoefte bij de (on)mogelijkheden van de hulpverlener legt en niet bij de (on)mogelijkheden van de potentiële hulpvrager en diens sociale omgeving. Het lijkt ons juist om de haalbaarheidsanalyse te scheiden van de vaststelling van de professionele hulpbehoeften, zoals we dat ook in onze uiteenzetting over de deelgebieden van de sociale epidemiologie hebben gedaan (zie hoofdstuk 1). De haalbaarheid dient uiteraard wel te worden meegewogen op het moment, dat beoordeeld wordt op welke behoeften men wil ingaan en welke prioriteiten daarbij gesteld moeten worden.

2.3.4 Subjektieve en 'objektieve' behoeften

Behoeftesanalyses zijn daarom zo complex, omdat al de hiervoor beschreven begrippen zowel in een subjektieve als in een 'meer objektieve' betekenis kunnen worden gebruikt. De epidemiologie maakt een onderscheid tussen 'health demands' en 'health needs' (Zonneveld, 1972, pag. 48). 'Health demands' verwijzen naar de subjektief gemeten behoeften van het publiek en 'health needs' naar de noden die gezondheidsdeskundigen vaststellen. Behoeften in de tweede betekenis worden ook wel gekwalificeerd als 'objektief vastgestelde noden' (Sturmans, 1975, pag. 6). Beide oordelen verschillen nogal eens van elkaar.

De subjektieve behoefte aan professionele hulp kan afwezig zijn, waar deskundigen deze wel veronderstellen, en wel om de volgende redenen:

- de potentiële hulpvrager kent de hulpinstanties niet
- de professionele hulpverlening roept een te sterke stigmatisering op
- het vragen van professionele hulp zou een sterk gevoel van falen kunnen oproepen en de potentiële cliënt vindt dat te bedreigend.

Om in 'objektieve' zin van (hulp)behoefte te kunnen spreken zijn in ieder geval geëxpliciteerde theoretische opvattingen en een systematische wijze van waarnemen noodzakelijk. De theoretische opvattingen betreffen in dit geval zowel de aard van de behoeften zelf, alsook de factoren die bepalen of er wel of niet hulp gezocht wordt (zie ook hoofdstuk 5).

Het verschil tussen subjektief en 'objektief' geldt ook voor de basisbehoeften waarover we in paragraaf 2.3.2 spraken. Zo kan iemand, die duurzaam onder zeer beperkende levensomstandigheden heeft moeten leven, zijn of haar levenswensen tot een dusdanig minimum hebben teruggedraaid, dat de frustratie-ervaringen zijn verdwenen. Er is geen bewuste probleemervaring meer en er zal dus ook geen subjektieve hulpbehoefte zijn. Het is in onze ogen echter aanvechtbaar hieruit de conclusie te trekken dat er dus voor de AGGZ of andere hulpverleningsinstanties geen reden is om ten aanzien van dergelijke

leefsituaties activiteiten te ontplooiën. Zo tracht de vrouwenbeweging - die inmiddels ook binnen de professionele hulpverlening een actieve rol speelt - terecht vrouwen ervan bewust te maken dat zij omwille van hun psychosociaal welzijn hogere eisen aan het leven mogen stellen dan tot dusverre werd toegelaten binnen onze, sterk door mannen bepaalde cultuur. Over subjectief ervaren behoeften kan aan de hand van theoretische inzichten, aan de hand van onderzoek over het ontstaan van deze behoeften en aan de hand van een kritische dialoog, ook een 'meer objectief' inzicht worden ontwikkeld.

Praktijkrelevantie. Welke relevantie heeft het onderscheid tussen subjectieve en 'objectieve' behoeften voor de praktijk? Wanneer deskundigen een hulpbehoefte waarnemen, welke door de bevolking tot dan toe niet als zodanig werd herkend, doet zich uiteraard een probleem voor wanneer op grond van de gekonstateerde hulpbehoefte b.v. een preventief programma wordt aangeboden. De motivatie bij de doelgroep zal immers ontbreken en er is weinig kans dat er van het aanbod gebruik zal worden gemaakt. Posavac en Carey (1980) stellen dat juist in die gevallen het programma ook een voorlichtend aspect dient te hebben ten einde deze latente behoeften bewust te maken. Zij benadrukken, dat:

"Programs will be effective only when they meet real needs and when the target population agrees that it has those needs." (pag. 84)

Hoge bloeddruk is hiervan een goed voorbeeld. Mensen zijn zich vaak niet bewust dat ze hoge bloeddruk hebben en evenmin van de risico's die daaruit volgen. Mensen zullen zich hiervan eerst bewust moeten worden, voordat men kan verwachten dat zij actief zullen participeren aan een preventief programma. Maccoby et al. (1977) hebben aangetoond dat men op bevolkingsniveau een wezenlijk risikoreductie op hart- en vaatziekten kan bereiken, wanneer met het voorgaande expliciet rekening wordt gehouden.

We konkluderen dat de inventarisatie van subjectieve behoeften doorgaans onvoldoende basis biedt voor het nemen van populatiegerichte beleidskeuzen. Anderzijds vormt inzicht in deze subjectieve behoeften juist een voorwaarde om nieuwe projecten of hulpvormen met succes te kunnen introduceren.

We hebben ons tot nu toe beperkt tot de subjectieve en 'objectieve' behoefte-begrippen. Richtten we ons op de professionele hulpbehoeften dan wordt de beleidsmatige betekenis van deze begrippen pas duidelijk wanneer we hen afzetten tegen de feitelijke hulpvraag bij professionele instanties (zie figuur 2.1). Zoals we nog in hoofdstuk 3 zullen zien overheerst in de epidemiologie de opvatting dat de objectieve behoefte aan professionele hulp ($A+B+C$) omvangrijker is dan de subjectieve behoefte aan deze hulp ($B+C+D+E$) en dat deze weer omvangrijker is dan de feitelijke hulpvraag ($C+E$). De gebieden D en E verwijzen naar subjectieve behoeften aan professionele hulp, waar deskundigen deze niet aanwezig achten, daarenboven vertegenwoordigt E de gevallen waarin DEZE behoeften tot een feitelijke hulpvraag leiden.

Figuur 2.1: De verhouding tussen 'objectieve' en subjectieve behoefte aan professionele hulp en de feitelijke hulpvraag.

'objectieve' hulpbehoefte		A	
	subjectieve hulpbehoefte	B	D
		feitelijke hulpvraag	C
			E

2.3.5 De dubbele kritiek op de hantering van het behoefte-vraagstuk door de AGGZ

Het voorgaande onderscheid tussen 'objectieve' en subjectieve behoefte aan professionele zorg brengt de AGGZ in een moeilijk pakket. Ze wordt immers belaagd door twee soorten kritiek die met elkaar in strijd lijken te zijn.

De eerste kritiek vormde het uitgangspunt van dit hoofdstuk. Zij luidt: de AGGZ behandelt slechts een klein en selectief deel van de psychosociale nood welke in de samenleving voorkomt¹⁾. Als tweedelijnsinstelling staat de AGGZ ver van de bevolking af; haar bereikbaarheid, toegankelijkheid en haar bekendheid met het sociale leefmilieu van de (potentie)le klient is daardoor gering. Vanuit deze kritiek probeert de AGGZ haar hulp dichterbij de bevolking te brengen, en via directe of indirecte zorg een beter bereik te geven.

Van geheel andere aard is de kritiek die tegenwoordig aangeduid wordt met de termen: protoprofessionalisering en retroprofessionalisering (Van den Berg, 1980) en structurele iatrogenese (Illich, 1975, Achterhuis, 1979). Als fundamenteel bezwaar tegen de professionele gezondheids- en welzijnzorg, dus ook tegen de AGGZ, wordt aangevoerd, dat zij de neiging heeft steeds meer van de maatschappelijke zorg voor de gezondheid naar zich toe te trekken. Hierdoor ontstaat een steeds verdergaande professionalisering van deze zorg, ten koste van de natuurlijke zorgsystemen. De eigen probleemoplossende vermogens van mensen, groepen of organisaties worden steeds verder onteigend en in handen gelegd van speciale deskundigen: de psychosociale 'monteurs en ingenieurs'. Vanuit een emancipatoriese optiek bezien is deze ontwikkeling onakseptabel omdat zij een toenemende afhankelijkheid bevordert. Deze kritiek kan nog verder worden doorgetrokken, door ook de andere kant van de afhankelijkheidsmedaille te bekijken. Hoe groter de afhankelijkheid van professionele zorgsystemen, hoe meer greep de overheid of de 'machtigen' hebben op de bevolking ten einde de bestaande maatschappelijke verhoudingen te handhaven, en opkomende maatschappelijke protesten in de kiem te smoren door individualiserende hulpverlening.

¹⁾ Voor een empiriese ondersteuning van deze stelling zie hoofdstuk 4.

Vanuit deze optiek gezien is het gunstig als de AGGZ wat op afstand blijft. Een vergroting van haar bereik en het gebruik van geavanceerde signaleringsmethoden om latente behoeften op te sporen zal deze kritiek alleen maar versterken.

Toch zijn deze kritieken niet noodzakelijk met elkaar in tegenspraak. Ten eerste, komen BEIDE kritieken voort uit een 'bevolkingsgericht denken' en zetten zij zich af tegen een eenzijdige patiënt-gerichte oriëntatie. Ten tweede, is het mogelijk in te gaan op de eerste kritiek en dus on vervulde hulpbehoeften op te sporen, maar daarbij tevens een behoefte-koncept te gebruiken dat aan de tweede kritiek tegemoet komt. Zo zijn we er bij de definiëring van ons begrippen-kader vanuit gegaan dat de AGGZ alleen een aanvullende taak heeft in de psychosociale hulpverlening, wanneer eigen krachten van de betrokkene(n) of van informele ondersteuningssystemen, resp. de eerstelijnszorg, ernstig of duurzaam te kort schieten dan wel dat dreigen te doen.

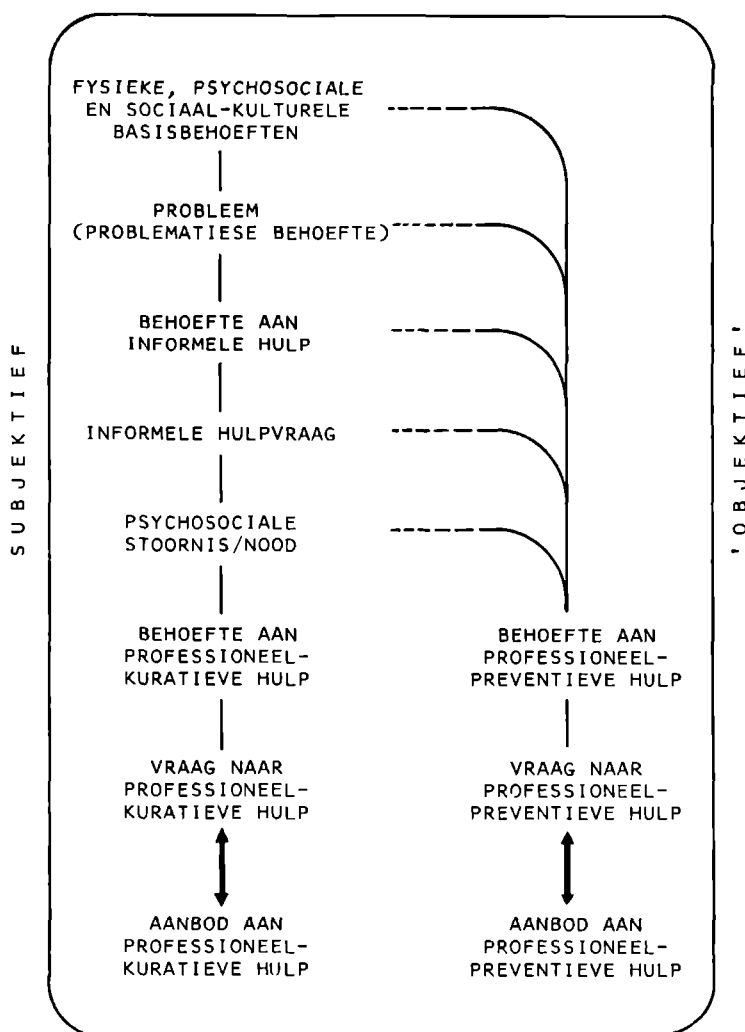
Ten derde, kan aan deze kritiek tegemoet gekomen worden door bij de preventieve en kuratieve hulpverlening vanuit de AGGZ te streven naar onafhankelijkheid van het cliënt-systeem, een zo kort mogelijke behandelingsduur, een optimale benutting van reeds aanwezige probleemoplossende vermogens bij het cliënt-systeem zelf of in de sociale omgeving, en door een zo groot mogelijke invloed van het cliëntsysteem op het hulpverleningsproces te bevorderen. Een goed voorbeeld in de preventieve sector geven Kaaij en Verburg (1979). Zij beschrijven hoe zij vanuit de AGGZ samen met de doelgroep het initiatief genomen hebben tot het opzetten van een zelfhulpgroep voor alleenstaande ouders. Na bij de startfase een duidelijke verantwoordelijkheid te hebben genomen, hebben zij zich nadien hieruit geleidelijk teruggetrokken en het project overgedragen aan de doelgroep zelf.

Ten vierde, zou gezocht moeten worden naar concrete mogelijkheden voor externe democratisering van de AGGZ. Bevolking, de eerste lijn en andere relevante organisaties dienen meer invloed te krijgen op het beleid van de AGGZ. Het organiseren van een min of meer representatieve invloed is verre van eenvoudig. Als mogelijkheden zou gedacht kunnen worden aan participatie in besturen, adviesraden van vertegenwoordigers uit de bevolking en de eerste lijn zowel op regionaal nivo als op lokaal nivo, hoorzittingen over een beleidsnota, invloed op de begroting vanuit de ziekenfondsen, en medezeggenschap van de doelgroepen binnen specifieke projecten. Ook de externe informatie die via behoefte-analyses binnen komt kan hierbij een belangrijke rol spelen.

Wil men in de beleidsontwikkeling van de AGGZ aan beide genoemde kritieken tegemoet komen, dan vereist dit in ieder geval zorgvuldig onderzoek omtrent de validiteit van de veronderstellingen over on vervulde behoeften aan professionele zorg. Verder is inzicht nodig in de achtergronden van deze on vervulde hulpbehoeften; en voorts in de wijze waarop mensen in hun natuurlijke leefomgeving met hun problemen omgaan. Alleen vanuit dergelijke kennis kunnen problemen in hun sociale kontekst begrepen worden, en kan de aanvullende hulp aansluiting vinden op natuurlijke hulpkaders en niet vervreemdend werken.

2.3.6 Samenvatting

Uitgangspunt van dit hoofdstuk vormt het streven naar een zo goed mogelijke afstemming van het professionele hulpaanbod op de behoefte in de samenleving aan psychosociale hulp. In beleidsnota's wordt dit streven doorgaans in vrij globale termen omschreven. Wil men dit streven uiteindelijk in een konkreet beleid kunnen uitwerken, dan is hiervoor in ieder geval een meer gespecificeerd begrippenkader nodig. Aan de term 'behoefte' kan men in dit kader immers zeer uiteenlopende betekenissen toekennen. De behoeftebegrippen en indelingen die we in dit hoofdstuk hebben besproken zijn in schema 2.2 samengevat.



Figuur 2.2 Schematis overzicht van een aantal behoeftebegrippen

Aangezien we ons in deze studie vooral op het informatie-aspekt richten, biedt dit schema een ordening van een aantal onderwerpen, waarover informatie nodig is, wanneer de AGGZ een probleemanalyse maakt rond het 'afstemmingsvraagstuk'.

Zoals uit de voorgaande tekst en het bijgaande schema blijkt, hangen een aantal behoeftebegrippen logies samen. In de wijze waarop een psychosociaal probleem zich ontwikkelt, vanaf haar ontstaan tot haar mogelijke uitgroei tot een psychosociale stoornis zijn verschillende ontwikkelingsfasen te onderkennen. Iedere fase vertegenwoordigt een ander type behoefte. Afhankelijk van de fase waarop de professionele zorg haar ondersteuning wil richten, is andere informatie en een ander soort hulpaanbod nodig. Wanneer we vanuit preventief oogmerk er toe willen bijdragen dat mensen voldoende mogelijkheden hebben om te voorzien in hun behoefte aan informele hulp dan vereist dit andere informatie en een ander hulpaanbod, dan wanneer we vanuit een kuratief oogmerk zo goed mogelijk willen voorzien in de behoefte aan professionele hulp bij psychosociale stoornissen. Het geheel wordt extra gekompliceerd, doordat de meeste begrippen zowel in een subjektieve als in een 'meer objektieve' betekenis kunnen worden gebruikt.

Het hier gepresenteerde schema van de wijze waarop (potentiële) cliënten of doelgroepen aan hun problemen werken geeft een sterk versimpeld beeld te zien omdat we ons hebben beperkt tot enkele behoeftebegrippen. In hoofdstuk 5 werken we dit proces nader uit.

2.4 FASERING IN DRIEVOUD

In hoofdstuk 1 hebben we het oplossen van een probleem beschreven als een proces dat bestaat uit een aantal opeenvolgende fasen. We pasten dit fasenmodel toe op de problemen die hulpverleningsinstanties hebben met hun beleid en die preventiewerkers hebben bij de konkretisering van hun preventietaak (fasenmodel A). Waar het een instelling of preventiewerker uiteindelijk om te doen is, is uiteraard niet alleen het oplossen van eigen werkproblemen, maar het helpen oplossen of voorkomen van ernstige psychosociale problemen bij cliënten of doelgroepen. Ook de verwerking en het ontstaan van hun problemen kan op dezelfde wijze worden opgevat als een 'proces in fasen'. We hebben in de vorige paragraaf toegelicht dat deze fasen gekenmerkt worden door verschillende typen behoeften, resp. hulpbehoeften (fasenmodel B). We hebben dus te doen met twee typen problemen, nl. die van de hulpverlener/instelling en die van de cliënt/doelgroep. Het oplossen van beide type problemen kan worden beschreven aan de hand van een fasen-benadering.

We hebben deze fasenbenadering in onze studie geïntroduceerd, omdat zij een belangrijk hulpmiddel vormt behoeften aan informatie binnen de AGGZ te identificeren en te ordenen. Een combinatie van beide fasenmodellen biedt ons nu de mogelijkheid informatiebehoeften specifieker te omschrijven. Zij zijn immers enerzijds afhankelijk van de probleemfase waarin de werker/instelling zich bevindt, en anderzijds van de probleemfase welke deze werker/instelling bij de cliënt/doelgroep wil ondersteunen.

Situaties waarin de benodigde informatie niet direct voorhanden is (zie hoofdstuk 1), roepen nu een derde probleem op, nl. hoe komen we aan de benodigde informatie? Ook dit

probleem kan het beste via een fasenbenadering worden aangepakt, zoals we elders hebben toegelicht (Hosman en Brinxma, 1978; Hosman, 1982a). In een dergelijk fasenmodel worden dan de verschillende stappen beschreven die doorlopen moeten worden om een bruikbaar antwoord te vinden op een specifieke informatie-behoefte (fasenmodel C).

2.5 FASERING VAN DE BEHOEFTE-ANALYSE

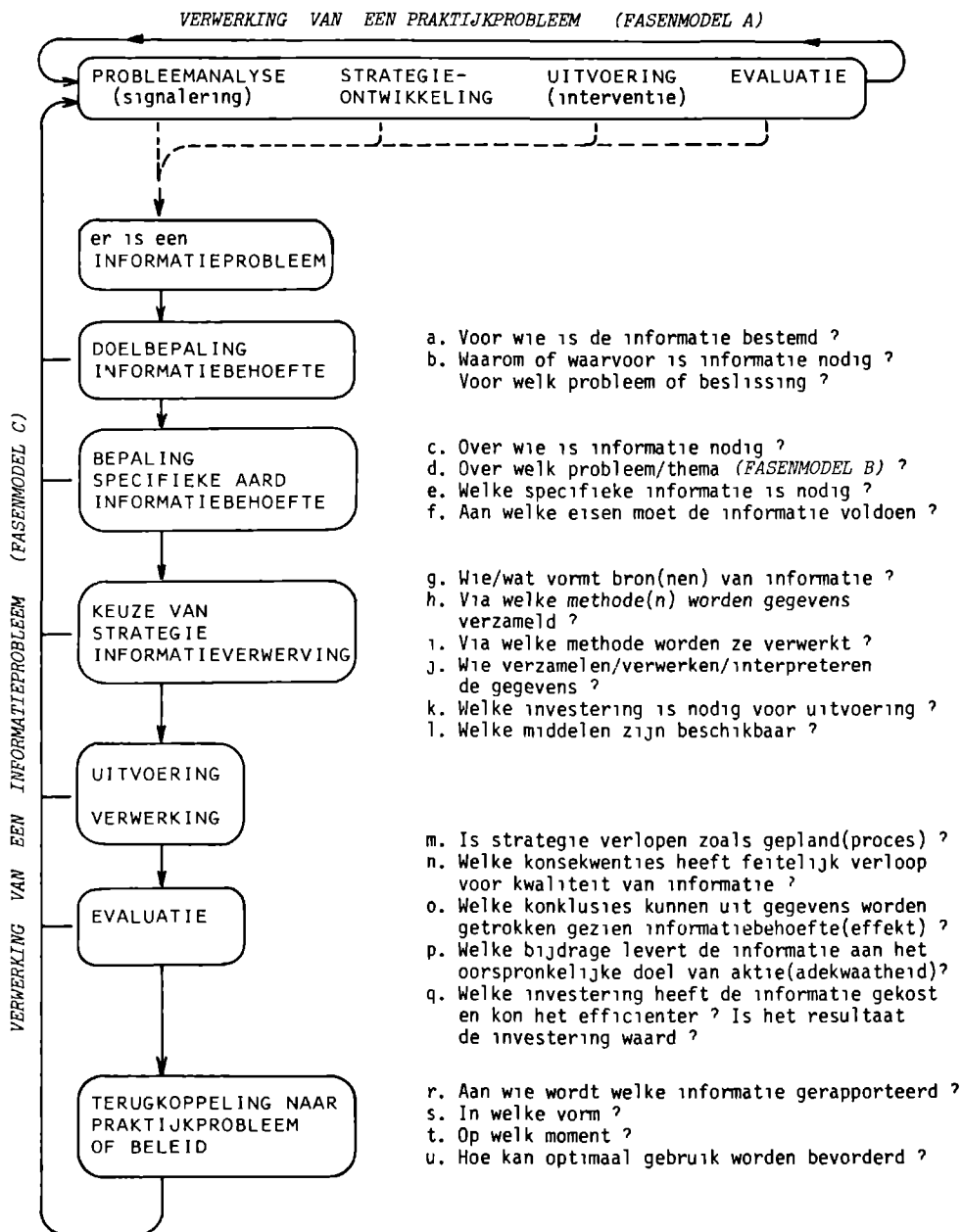
We zullen de fasering van een behoefte-analyse beschrijven aan de hand van een model dat toepasbaar is op elk informatieprobleem. Dit model vormt een voor dit doel uitgewerkte variant van het fasenmodel dat we in hoofdstuk 1 beschreven hebben. We onderscheiden hierin een achttal fasen, welke in schema 2.3 zijn weergegeven. Het zou te ver voeren hier alle fasen in dit model gedetailleerd toe te lichten. We volstaan daarom in eerste instantie met het specificeren van een reeks vragen en aandachtspunten per fase (zie schema 2.3). Een aantal van deze aandachtspunten zijn reeds in hoofdstuk 1 uitgewerkt, zoals b.v. de kwaliteitseisen aan informatie, de aard van beslis-singen en problemen, en de begrippen efficiëncy en adekwaatheid. Twee aspecten zullen we in de resterende paragrafen van dit hoofdstuk wel uitwerken, aangezien zij verwijzen naar belangrijke keuzen binnen een behoefte-analyse en zij nog niet eerder zijn uitgewerkt: de nivo's waarop behoeften worden geanalyseerd en de strategieën waarlangs dit gebeurt.

Om de achtergrond van de hiernavolgende bespreking zo concreet mogelijk te maken noemen we hier een aantal personen en instanties die binnen een regionale setting geïnteresseerd zijn in informatie over behoeften op het terrein van de geestelijke volksgezondheid: directies en besturen van een RIAGG, een beleidsstaf, een preventieteam, een veldteam, een individuele werker ten behoeve van een specifiek project, een eerstelijns team, de gemeentelijke overheid, een regionaal kantoor van de ziekenfondsen, een provinciale inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid, een distriktskommissie voor de geestelijke gezondheidszorg en uiteraard ook de doelgroepen zelf.

2.6 NIVO'S WAAROP BEHOEFTE WORDEN BEPAALD

We hebben eerder gesteld dat psychosociale behoeften van het individu het belangrijkste referentiepunt vormen bij de taakuitvoering van de AGGZ. Juist aan de zorg voor deze behoeften ontleent de AGGZ haar identiteit. Bij de planning, maar ook bij de feitelijke uitvoering van deze zorg richt men zich echter eveneens op behoeften die op andere nivo's worden gedefinieerd. Als zodanig onderscheiden we naast het individuele nivo:

- het groepsnivo (b.v. gezin, leefeenheid, schoolklas, team, werkgroep)
- het organisatienivo (b.v. school, bedrijf, instelling, vereniging)
- het lokale nivo (b.v. buurt, wijk, gemeente)



Figuur 2.3 Een fasenmodel van de verwerking van een informatieprobleem

- het regionale nivo (AGGZ-regio, gezondheidszorgregio)
- het bovenregionale nivo (provincie, landelijk)
- dwars door de voorgaande nivo's heen kan men tevens het nivo van de sociale categorie onderscheiden (b.v. huisvrouwen, peuters, ouderen, gescheiden personen, buitenlanders)

Waarom zijn ook deze andere nivo's voor de AGGZ van essentieel belang? Hiervoor zijn minstens twee redenen aan te geven.

Ten eerste, is de planning van de AGGZ gericht op een optimale zorg voor de regionale bevolking als geheel, resp. voor de geestelijke gezondheid als een sociaal probleem binnen een regionale samenleving. Uitspraken over geestelijke gezondheidsbehoeften worden binnen dit kader dan ook gedaan op lokaal of regionaal nivo, resp. op het nivo van sociale categorieën. De AGGZ heeft daarom een vertaalsleutel nodig om individuele behoeften te vertalen naar behoeften op hogere nivo's. De sociaal-epidemiologische benadering biedt hiertoe mogelijkheden door het gebruik van prevalentie- en incidentiecijfers, het hanteren van risikobegrippen en de ontwikkeling van sociale indicatoren. Deze oriëntatie op bovenindividuele nivo's is vooral typerend voor de preventieve AGGZ. Deze richt zich immers niet alleen op beleidsnivo, maar ook bij de konkrete uitvoering van het werk vaak op groepen en systemen die het nivo van het individu, gezin of andere leefeenheid verre overstijgen.

De tweede reden sluit hierop aan. De mens is voor het bevredigen van zijn behoeften afhankelijk van de mogelijkheden die de maatschappij hem daartoe biedt. Illustratief in dit opzicht is de wijze waarop de socioloog Albinski (1978) het begrip 'maatschappij' omschrijft:

"Een sociale eenheid waarin voorzieningen aanwezig zijn tot het bevredigen van de totaliteit aan menselijke behoeften."

en op dezelfde pagina:

"De maatschappij zouden we dan ook kunnen zien als het kader, waarbinnen verschillende instituties, organisaties, deelsystemen, zich richten op bepaalde deelwaarden en op de bevrediging van bepaalde, beperkte menselijke behoeften. Een parochie, een ziekenhuis, een schoenfabriek, een krantenredactie, een gezin en een voetbalclub richten zich telkens op een beperkt repertoire vanuit het gehele complex van menselijke waarden en behoeften." (pag. 39)

Voor de beleidsplanning van de AGGZ heeft deze opvatting gevolgen. Zij dient bij haar behoefte-analyse ook de mate te betrekken, waarin maatschappelijke instituties, belemmerend dan wel bevorderend werken op de bevrediging van de psychosociale behoeften binnen de uiteindelijke doelgroep: de bevolking. Voorzover leerkrachten, scholen, huisartsen, belangenorganisaties, een woonbuurt e.d. een voorwaardelijke functie vervullen voor de psychosociale behoeftenbevrediging van het individu, en voor zover zij deze functie niet of onvoldoende kunnen waarmaken, kunnen ook op hun nivo behoeften worden vastgesteld op het terrein van de geestelijke gezondheid. Voorbeeld: de behoefte van een school aan een onderwijsklimaat, dat minder dan voorheen is gericht op individuele prestatie en kennis, en meer op de sociale en emotionele vorming en het kunnen hanteren van probleemsituaties. Vragen we ons af OVER WIE behoefte-analyses binnen dit AGGZ-kader zouden kunnen handelen, dan kunnen we daarin de volgende categorieën onderscheiden:

- a. de bevolking en daarbinnen specifieke risikogroepen, of cliëntenpopulaties, verder te onderscheiden naar de hiervoor genoemde nivo's
- b. instanties en personen, die op grond van hun maatschappelijke functie of positie invloed hebben of kunnen hebben op de mate waarin de bevolking (zie a.) haar psychosociale behoeften kan verwezenlijken. Elders hebben we deze instanties en personen omschreven als strategiese doelgroepen (Hosman, 1982b).

2.7 STRATEGIEËN VAN BEHOEFTE-ANALYSE

Onder de strategie van een behoefte-analyse verstaan we de keuze van de BRONNEN en METHODEN die men gebruikt om de gewenste gegevens te verkrijgen over een specifiek omschreven populatie of doelgroep, de volgorde waarin ze worden gebruikt, alsmede de procedure waarlangs de gegevens worden omgezet in relevante informatie over behoeften. We zullen hierna nader ingaan op de informatiebronnen en de methoden.

2.7.1 Bronnen

Alnaargelang de bron waaraan we de gegevens ontlelen kunnen we de strategieën om behoeften te bepalen indelen in directe en indirecte behoeftebepalingen.

Bij de DIREKTE BEHOEFTEBEPALING worden de gegevens rechtstreeks geleverd door degene op wie de behoefte van toepassing wordt geacht. Dit is het geval wanneer we, bijvoorbeeld, aan de bevolking van een stadswijk of aan een groep wijkverpleegkundigen rechtstreeks vragen naar hun ervaren behoeften aan professionele ondersteuning vanuit de AGGZ. Van een INDIREKTE BEHOEFTEBEPALING is sprake wanneer de behoeften van personen, groepen, organisaties e.d. worden afgeleid uit (a) het oordeel hierover van anderen of uit (b) schriftelijk of statistisch indicatie-materiaal. Bekende voorbeelden van indirecte strategieën zijn: de bepaling van psychosociale problemen en professionele hulpbehoeften van de bevolking of van specifieke doelgroepen door het oordeel van eerstelijnsverpleegkundigen en sleutelfiguren hierover te vragen; ook de analyse van registratiegegevens van AGGZ-instanties wordt wel gebruikt om hieruit professionele hulpbehoeften van de bevolking af te leiden.

Gezien de wijze waarop we hiervoor subjectieve en objectieve (hulp)behoeften hebben beschreven, zou de indruk kunnen bestaan dat directe behoeftebepalingen steeds verwijzen naar subjectieve behoeften en de indirecte behoeftebepalingen naar objectieve behoeften. Deze koppeling ligt echter minder simpel. Bij een directe behoefte-bepaling zijn er immers twee mogelijkheden. We kunnen rechtstreeks aan de doelgroep vragen welke behoeften, resp. behoeften aan professionele hulp zij ervaren. We vragen dan inderdaad naar de subjectieve behoeften. We kunnen daarentegen ook naar gegevens vragen waaruit b.v. een onderzoekster op basis van haar wetenschappelijke kennis behoeften aan professionele hulp afleidt. Zo kan zij een symptoomlijst voorleggen en degenen die boven een

gevalideerde kritieke waarde scoren een behoefte aan professioneel-kuratieve hulp toeschrijven. We spreken van van een objectieve behoefte op basis van een directe strategie. Bij een indirecte strategie kan uiteraard niet gesproken worden van subjectieve behoeften, zoals hiervoor bedoeld, maar dat wil niet zeggen dat de gegevens van deze indirecte bronnen zonder meer 'objectief' zijn. Zoals we nog zullen toelichten kunnen er ook bij b.v. eerstelijnswerkers vertekeningen plaats vinden.

Voor- en nadelen van directe strategieën. Een voordeel is dat de behoeften uit de eerste hand afkomstig zijn en niet door filters van anderen - dan de onderzoeker - vertekend zijn. Er kan met een veel grotere mate van nauwkeurigheid gewerkt worden dan bij indirecte strategieën en de doelgroep kan bovendien bevraagd worden op allerlei aspecten die met de verwerking van problematische behoeften te maken hebben. Te denken valt b.v. aan sociale vaardigheden, kennis en houdingen ten opzichte van alternatieve probleemoplossingen. Voorts kunnen ook groepen die geen contacten met hulpverleningsinstellingen hebben, maar mogelijk wel behoefte aan dergelijke hulp hebben, toch invloed uitoefenen op het AGGZ-beleid.

Aan de directe strategie zijn ook nadelen verbonden. Zo is het uitvoeren van een survey-onderzoek of een epidemiologische bevolkingsstudie meestal nogal tijdrovend. Naar onze indruk, op grond van de epidemiologische literatuur, ligt er tussen de start van dergelijk onderzoek en de eindrapportage meestal een periode van vier tot zes jaar. De uitvoering vergt veel deskundigheid en een omvangrijk budget. Zij kunnen dan ook niet frekwent worden uitgevoerd en leveren dus slechts zeer incidenteel nieuwe informatie. Als onderzoeksvorm is ze eigenlijk meer geschikt voor wetenschappelijke doeleinden of voor beleidsvorming op nationaal nivo, dan als onderdeel van een regionaal beleids-ondersteunend informatiesysteem. Dit bezwaar kan ondervangen worden door grootschalige onderzoeken dusdanig op te zetten dat de resultaten generaliseerbaar zijn naar een groot aantal vergelijkbare AGGZ-regio's. Bovendien is dit bezwaar afhankelijk van de snelheid waarmee behoeften in de bevolking fluktuëren. Om de mate van fluktuatie te kunnen inschatten is weer 'panel-onderzoek' of 'cohort-onderzoek' nodig (zie par. 2.7.2).

Het verdient aanbeveling om ten behoeve van directe strategieën onderzoeksmethoden te ontwerpen die kleinschalig van opzet zijn, b.v. door hun gerichtheid op een beperkte, specifiek omschreven doelgroep, door het gebruik van korte en snel verwerkbare vragenlijsten of door het gebruik van groepsmethoden.

Een ander nadeel is het begrensde zicht dat mensen hebben op alternatieve leefsituaties, en op de verschillende mogelijkheden voor professionele ondersteuning. Heersende ideologieën kunnen als maatschappelijke functie hebben niet-ideale leefkondities als 'normaal', 'niet te veranderen' of zelfs als ideaal af te schilderen. Zonder voorlichting en een kritiese discussie zullen beperkende levensomstandigheden dan ook niet via enquêtes of een hearing boven tafel komen in de vorm van subjectieve problemen of nood.

Voor- en nadelen van indirecte strategieën. Het oordeel van anderen, zoals bijvoorbeeld eerstelijnswerkers, kan waardevol zijn vanwege hun kennis over de aard en de lokalisering van de behoeften binnen de uiteindelijke doelgroep. Beroepshalve hebben zij zowel zicht op risico-situaties als op de mogelijkheden aan informele en professionele hulp.

De informatie is doorgaans sneller toegankelijk dan via directe strategieën, omdat daarbij vaak gebruik gemaakt kan worden van bestaande kontakten die de AGGZ met de eerste lijn heeft. Ook omdat men met een beperkte groep van informanten kan volstaan kost deze strategie doorgaans minder tijd, vooral als de uiteindelijke doelgroep omvangrijk is, zoals de bevolking van een gemeente. Een ander voordeel is de invloed die betrokkenheid bij deze behoeftebepaling op de informanten zelf kan hebben. De indirecte benadering kan hen tot een groter bewustzijn brengen van behoeften binnen hun eigen werkgebied; wanneer met groepen van informanten gewerkt wordt kan dat bijdragen tot een sterkere samenwerking tussen lokale eerstelijns werkers en sleutelfiguren; bovendien biedt deze betrokkenheid meer perspectief op een gemotiveerde participatie aan interventie-projecten vanuit de AGGZ.

Een nadeel is de vertekening van de veronderstelde behoeften onder invloed van de beroepsrol, de sociale positie van de informant, en de belangen van diens organisatie. Stel, we vragen achtereenvolgens aan een huisarts, maatschappelijke werker, de sociale dienst, een leerkracht van een basisschool, een werkgever en een gemeenteraadslid een oordeel over psychosociale noden onder de bevolking van een kleine gemeente. Het is dan waarschijnlijk dat daaruit verschillende konklusies naar voren komen over de aard van deze noden en hun lokalisering binnen de gemeenschap. Culturele waarden en normen spelen door in hun waarneming. Zo is onder meer aangetoond dat het diagnosties handelen van hulpverleners beïnvloed wordt door de sociale klasse-positie van de klient (Routh & King, 1972; Gleiss et al., 1973; DiNardo, 1975), de sexe van de hulpverlener (Komter, 1977), de discipline en de maatschappijvisie van de hulpverlener (Hosman et al., 1976). Op de invloed van het individualiserende en psychopathologische denken van hulpverleners (Nijhof, 1978) hebben we in deze publikatie reeds vaker gewezen.

Een aantal van deze nadelen zijn minder bezwaarlijk wanneer in deze indirecte strategie een fase zou worden ingevoegd waarbij verschillende informanten met elkaars oordeel worden gekonfronteerd en via een kritiese discussie getracht wordt gemeenschappelijke konklusies te ontwikkelen.

Daarnaast zou het zinvol zijn de validiteit en bruikbaarheid van indirecte methoden te onderzoeken door de resultaten ervan in een aantal studies te vergelijken met resultaten op basis van directe methoden.

2.7.2 Methoden

De bronnen die we hiervoor hebben besproken kunnen via meerdere methoden worden benaderd. We denken hierbij met name aan registratie-onderzoek, dossier-onderzoek, de survey-methode, panel-onderzoek, screeningsonderzoek, het diepte-interview, de delphi-methode, de nominale groepsbenadering, hoorzittingen, de sociale indicatoren-benadering, de sociale kaart-methode en inhoudsanalyse.

Binnen de AGGZ is men het meest bekend met REGISTRATIE-ONDERZOEK, waarbij de AGGZ zelf als INTERNE INFORMATIEBRON fungeert. Reeds enige jaren worden klient- en hulpverleningsgegevens via registratie vastgelegd en in een komputer ingevoerd

Door het continue en kwantitatieve karakter van de registratie, lenen deze gegevens zich bij uitstek voor trend-onderzoek en tijdreeksanalyses. Tot nu toe is de informatieve waarde ervan voor het AGGZ-beleid nog zeer beperkt geweest. Dat ligt gedeeltelijk aan het nog beperkte aantal geregistreerde gegevens, deels aan het ontbreken van een theoretisch kader waarin de beleidsmatige betekenis van deze gegevens kan worden begrepen, en deels door het ontbreken van onderzoekspotentieel in RIAGG-instellingen dat in staat is meer diepgaande analyses op het materiaal te doen. Verder biedt deze interne informatiebron vermoedelijk slechts een beperkt en selectief beeld van de totale regionale behoefte aan professionele psychosociale hulp in kuratieve en preventieve zin. In ieder geval ontbreken in de meeste instellingen externe gegevens waarmee de resultaten van de registratie kunnen worden vergeleken. Een vergelijking met de registratiegegevens van andere instanties (b.v. van de huisartsen en het algemeen maatschappelijk werk) zou in ieder geval een vollediger beeld opleveren van de feitelijke vraag naar professionele psychosociale hulp. Een voorbeeld van registratie-onderzoek vinden we in een publikatie over de registratiegegevens van de vijf Limburgse RIAGG's (Bayer, 1980). Voorts kunnen hier ook de vele registratiestudies worden genoemd, welke de afgelopen 10 jaar uitgevoerd zijn door de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit te Groningen en welke recentelijk tot een bundel zijn samengevoegd (Giel & Ten Horn, 1982). Publikaties van specifiek op de AGGZ-preventie gerichte registratiestudies zijn ons echter niet bekend. Wel vinden we in een publikatie van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over somatische fixatie een uitvoerige verhandeling over de rol van de registratie als ondersteuning bij het ontwikkelen van preventieve activiteiten door de huisarts (Grol e.a., 1981). Kritische besprekingen van registratie-onderzoek vinden we bij Drop (1973), Bell et al. (1978) en in het evaluatierapport van de NVAGG (1980) over registratie in de AGGZ.

Verder kan beleidsrelevante informatie worden ontleend aan DOSSIER-ONDERZOEK (therapieverslagen). Hieraan kunnen vooral kwalitatieve gegevens ontleend worden, b.v. de aard van de problemen waarmee ouders en hun kinderen te maken hebben die in een echtscheidingsproces verwickeld zijn. Een voorwaarde is wel dat de dossiers systematisch worden bijgehouden, hetgeen in de praktijk vaak niet het geval blijkt te zijn. Een Nederlands voorbeeld vormt de studie van Van der Geld (1979) over de dossiers van 202 MOB-kliënten. Hij bespreekt onder meer een aantal milieu- en opvoedingskenmerken die in de geschiedenis van de aangemelde kinderen opvallen en welke aanknopingspunten kunnen vormen voor preventieve activiteiten.

Richt men zich via survey-methoden ook rechtstreeks tot cliënten, dan spreekt men wel van KONSUMENTEN-ONDERZOEK (Kilburg, 1978; Windle en Paschall, 1981). Dit type onderzoek kan variëren van een korte vragenlijst van één pagina welke automatisch een half jaar na het eerste contact aan iedere cliënt wordt toegestuurd, tot een aantal diepte-interviews met een beperkte groep cliënten.

De hierna besproken methoden hebben meestal betrekking op het verwerven van EXTERNE INFORMATIE.

Het meest bekend zijn de SURVEY-METHODEN, zoals de schriftelijke en telefonische enquête en het 'face to face'-interview. Zij zijn met name geschikt voor het onder-

zoeken van waarden, opvattingen, houdingen, ervaringen en gedragingen bij grote groepen uit de bevolking, resp. bij eerstelijnswerkers en sleutelfiguren ('de informanten'). Deze methoden worden zowel gebruikt bij grootschalig wetenschappelijk onderzoek met veel variabelen, alsook bij kleinschalige opiniepeilingen met een zeer beperkte vragenlijst. Veel sociaal-epidemiologisch onderzoek is van deze aard. In ons land denken we daarbij vooral aan de epidemiologische bevolkingsstudies van Offerhaus e.a. (1978), Nijhof (1979) en Ormel (1980). Ook ons eigen onderzoek dat we in de latere hoofdstukken zullen bespreken is hiervan een voorbeeld. Een interessant voorbeeld van een survey-onderzoek bij sleutelfiguren bieden Hull et al. (1979) middels hun 'Map Survey Strategy'. In een behoefte-onderzoek ten behoeve van een wijkgezondheidscentrum werden sleutelfiguren gevraagd op een plattegrond van de betrokken gemeente aan te geven waar zich volgens hen de grootste behoeften aan professionele hulp concentreren. De resultaten leverden bevredigende aanwijzingen op voor de ontwikkeling van gerichte hulpverleningsprogramma's.

De meeste 'klassieke' survey-studies kennen slechts één waarnemingsmoment. Wanneer bij survey-studies een longitudinale opzet wordt gebruikt spreken we van een PANEL-ONDERZOEK (Biemans en Geurts, 1981). Eenzelfde steekproef wordt op twee of meerdere tijdstippen over dezelfde onderwerpen ondervraagd. Panel-onderzoek wordt gebruikt om na te gaan of er zich binnen de onderzoekspopulatie veranderingen voordoen in opvattingen, houdingen e.d. Te denken valt bijvoorbeeld aan het signaleren van veranderingen in de aard van de psychosociale problematiek waarmee eerstelijnswerkers worden geconfronteerd of veranderingen in hun opvattingen over de relatie met de AGGZ.

SCREENINGSONDERZOEK is eveneens gericht op de bevolking of grote doelgroepen, maar heeft tot specifiek doel mensen te selecteren, die zeer waarschijnlijk met professionele hulp zouden zijn gebaat (Goldberg, 1972; Appels, 1975). Hierbij wordt gebruik gemaakt van onderzoeksinstrumenten die gemakkelijk en snel kunnen worden toegepast. In tweede instantie volgt hierop een uitvoeriger diagnostisch onderzoek bij de geselecteerde groep en, indien nodig en gewenst, feitelijke professionele hulp.

DIEPTE-INTERVIEWS zijn vooral geschikt om rechtstreeks van cliënten of van enkele representanten van een doelgroep diepgaande, kwalitatieve informatie te krijgen over de achtergronden van ernstige psychosociale problemen, of over een lange reeks van ervaringen met professionele hulpverleners. Zo kunnen diepte-interviews b.v. met gescheiden ouders over de ontwikkelingsgeschiedenis van hun echtscheiding en de positie van de kinderen daarin, ideeën opleveren over preventiemogelijkheden die zich tijdens een dergelijk proces voordoen. Recentelijk is vooral vanuit de vrouwenstudies veel nadruk gelegd op de waarde van deze kwalitatieve onderzoeksmethodiek (Zaat, 1982).

In de recente publikaties over 'needs assessment' krijgen vooral een aantal GROEPS-BENADERINGEN grote aandacht. De belangrijkste hiervan zijn de Delphi-methode, de nominale groepsbenadering en de hoorzitting ('community forum'). Bij de DELPHI-METHODE (Delbecq et al., 1975; Siegel et al., 1978) wordt gewerkt met een beperkt panel van deskundigen en relevante sleutelfiguren. De methode omvat een aantal opeenvolgende schriftelijke enquêtes. Na de eerste ronde worden de resultaten samengevat en aan de leden van het panel teruggestuurd. Hierbij wordt met name feedback gegeven over verschillen van mening binnen het panel en de argumentaties achter de verschillende meningen. Nadat deze

informatie is verkregen, wordt aan de panelleden opnieuw gevraagd naar hun mening over de thema's, die eerder duidelijke opinieverschillen opleverden. De ervaring leert dat er, na twee tot vier ronden, tussen de panelleden meestal een 'communis opinio' ontstaat. De methode vormt dus een sterk geformaliseerde discussie tussen anonieme deelnemers zonder 'face to face'-kontakt, gericht op het bereiken van zo eensluidend mogelijke konklusies. Juist om deze laatste eigenschap is de methode aantrekkelijk als vorm van beleidsondersteuning. Een ander voordeel van de methode is het uitschakelen van de storende invloed van bepaalde groepsdynamische processen, b.v. de dominantie van enkele groepsleden.

De NOMINALE GROEPSBENADERING (Delbecq et al., 1971, 1975; Siegel et al., 1978) bestaat hoofdzakelijk uit niet-interaktieve workshops. De methode tracht vooral creativiteit en produktiviteit te bevorderen. Er wordt wel gewerkt met 'face to face'-groepen, maar door een sterk gestructureerde werkwijze en een zeer spaarzaam gebruik van discussiemogelijkheden, wordt getracht een groepsoordeel te ontwikkelen, zonder daarbij te vervallen in een kompetitiestrijd tussen de deelnemers en eindeloze argumentaties over en weer. Voor de workshop worden vertegenwoordigers uitgenodigd van diverse groepen die bij een bepaalde problematiek betrokken zijn.

HOORZITTINGEN zijn open bijeenkomsten waarbij alle leden van een gemeenschap of doelgroep uitgenodigd worden. Aan alle deelnemers wordt gevraagd hun opvattingen betreffende behoeften aan voorzieningen en professionele hulpverlening naar voren te brengen. Dergelijke bijeenkomsten zijn vooral relevant als men rechtstreeks informatie wil hebben van een omvangrijke doelgroep. Door het veel meer spontane en minder gestructureerde karakter van hoorzittingen - in tegenstelling tot de voorgaande groepsmethoden - leveren zij doorgaans een grote variatie aan reacties op en veel minder eenduidige konklusies.

In de tot nu toe genoemde methoden voor het verwerven van externe informatie wordt steeds van personen of groepen als informatiebron gebruik gemaakt. Daarnaast zijn er ook methoden waarbij men zich op andere informatiebronnen baseert, zoals b.v. ambtelijk materiaal, observatiegegevens en de inhoud van de massamedia. We doelen hier met name op de sociale indicatorenbenadering en de sociale kaart-methode.

De SOCIALE INDIKATOREN-BENADERING heeft haar theoretische wortels in de sociale ecologie en haar empirische basis in talrijke sociologische en epidemiologische studies¹⁾. Deze benadering veronderstelt dat psychosociale noden en professionele hulpbehoeften binnen afzonderlijke sociaal-geografische gebieden kunnen worden geschat op basis van de geografische, ekologiese, sociale, economiese en demografiese kenmerken van de betreffende gebieden (Bell et al., 1978; Hermalin, 1979; Warheit et al., 1979). Het gaat hier om kenmerken waarvan via sociaal-epidemiologisch onderzoek is aangetoond dat zij hetzij op het nivo van individuen, hetzij op het nivo van buurten, gemeenten of regio's samenhangen met de ware prevalentie en incidentie van psychosociale stoornissen of met het gebruik van professionele psychosociale hulp²⁾. Zo konkluderen Zautra en Simons (1978)

¹⁾ Het zijn vooral de aanhangers van de zg. Chicago-school geweest die zich met deze ekologiese benadering van psychiese stoornissen hebben bezig gehouden. De studie van Faris en Dunham (1939) 'Mental Disorders in Urban Settings' is hiervan een duidelijk voorbeeld.

²⁾ Zie ook paragraaf 3.4 en 5.2. en verder Andrews et al. (1976) en Anderson (1977).

uit een vergelijkend onderzoek met gebruik van sociale indicatoren als survey-methoden, dat een hoog percentage gescheiden personen in een woonbuurt symptomatics blijkt te zijn voor de aanwezigheid van een breed scala aan sociale en psychologische problemen in dergelijke woonbuurten. Een voorbeeld uit ons land is de studie die Drop (1970) verricht heeft over 176 gemeenten. Met de gemeente als eenheid van analyse onderzocht zij van een dertigtal gezondheids- en welzijnsindicatoren hun onderlinge relatie en hun relatie met de mate van verstedelijking. Uit hun onderlinge relatie kwamen twee duidelijk interpreteerbare factoren naar voren: vluchtgedrag en agressief gedrag. Voor ons is vooral de eerste faktor van belang. Deze omvat onder meer indicatoren voor: echtscheidingen, scheidingen van tafel en bed, schizofrenie, neurosen en affectieve psychosen. Een hoge score op deze faktor is vooral te vinden in de stedelijke gemeenten en in het bijzonder in forensengemeenten. Plattelandsgemeenten geven een lage score te zien.

Een belangrijk voordeel van de sociale indicatoren-benadering is de geringe tijdsinvestering en de lage kosten die ervoor nodig zijn. Zij vereist wel een valide set van sociale indicatoren op het terrein van de geestelijke volksgezondheid en de beschikbaarheid over recente bevolkingsgegevens over de verschillende wijken en gemeenten binnen de regio.

Het begrip 'SOCIALE KAART' is nauw verwant aan de sociale indicatorenbenadering, omdat in deze methode vaak van sociale indicatoren gebruik gemaakt wordt (De Witt Kay, 1979). Voor sommige auteurs bestaat er dan ook weinig verschil tussen beide methoden. Zo verstaat Meyer zu Slochteren (1978, pag. 18) onder een sociale kaart:

"Het verzamelen en interpreteren van bestaand cijfermateriaal ten behoeve van het opsporen en omschrijven van de eventuele problemen in een gebied"

en elders:

"het gebruik van objectieve indicatoren voor een beperkt, duidelijk omschreven gebied (b.v. een gemeente, een wijk, buurt of dorp)". (pag. 20)

Andere auteurs geven een veel bredere inhoud aan dit begrip. Zo spreekt Maso (1975, pag. 28) van

"een regelmatig bij te werken registratie van relevante gegevens over de sociale situatie in een bepaald gebied".

In haar artikel over de diagnose van een lokale samenleving ontleent Goezinne-Zijlman (1976, pag. 38) aan Dunham (1970) een schema van een viertal basiselementen waaruit een sociale kaart is opgebouwd:

- identifikatie van de lokale samenleving, geografies en demografies
- hulpbronnen en voorzieningen; onderwijs gezondheidszorg, sociale dienstverlening, kerken, openbaar vervoer, huisvesting e.d.
- problemen: saneringswijken, werkeloosheid, minderheidsgroepen, conflicten e.d.
- evaluatie, d.w.z. subjektieve beoordeling van belangrijke 'psychologische' kenmerken, zoals belangen, tradities, attitudes en behoeften aan veranderingen op het terrein van de welzijnszorg.

Andere auteurs voegen aan deze lijst nog toe: de middelen van bestaan, communicatiepatronen, verenigingsleven, de bestuurlijk-organisatorische structuur en de historische

ontwikkeling van de gemeenschap. Ook in het preventie-werk is het maken van een sociale kaart een steeds vaker gebruikte methode voor het lokaliseren van problemen en het inschatten van mogelijkheden tot interventie welke geënt zijn op de lokale situatie (De Lange en Hosman, 1982)¹⁾. Voor de sociaal-epidemioloog vormt de sociale kaart een wezenlijke aanvulling om de sociale en historische kontekst te begrijpen van de fenomenen die hij in de gemeenschap bestudeert. In veel bekende epidemiologische studies en met name ook in de transkulturele epidemiologie vormt een dergelijke historische en actuele schets van de onderzochte gemeenschap een essentieel onderdeel van de totale onderzoeksstrategie (Hollingshead en Redlich, 1958; Leighton et al., 1963; Dunham, 1965). De epidemioloog laat zich daarbij met name inspireren door diagnostische methoden zoals deze in de sociale geografie en antropologie gebruikelijk zijn. Ook Klein (1968, pag. 22) onderstreept dat het voor werkers in de geestelijke volksgezondheid belangrijk is een "sense of community" te ontwikkelen, om het begrip geestelijke gezondheid uit het onvruchtbare isolement van het individu te halen. In zijn nog uiterst actuele en inspirerende verhandeling over 'Community dynamics and mental health' stelt de psycholoog Klein:

"I have come to believe that the community represents the single most important social matrix which man has invented and it is upon this matrix that the concept of mental health can be developed most fruitfully. In the community one finds all the manifold challenges that confront each one of us as he lives out his life in the company of others who are important to him." (pag. 4); that environment which impinges directly on the individual is part of, is maintained by, contributes to, and takes its essential characteristics from, the community."

en even verder:

"it is only through the associations and institutions of the community that essential interpersonal and institutional social supports become accessible." (pag. 5).

Het epidemiologische survey is onvoldoende in staat om relevante gemeenschapsaspecten bloot te leggen. Door het survey te combineren met een sociale kaart-methode wordt hieraan wel recht gedaan.

Als laatste noemen we hier de methode van de INHOUDSANALYSE, die vaak gebruikt wordt bij het ontwikkelen van een sociale kaart (Krippendorff, 1980; Wester, 1981). Door systematisch de inhoud te analyseren van lokale dag- of weekbladen, weekkranten, jaarverslagen van welzijnsinstellingen of scholen, politierapporten en gemeentelijke nota's kan men b.v. per maand of per half jaar bijhouden wat de belangrijkste lokale problemen zijn op het terrein van de geestelijke volksgezondheid.

De genoemde methoden verschillen onderling sterk in tijdsduur en kosten, de noodzakelijke deskundigheid voor de uitvoering, de mate waarin het subjectieve oordeel een rol speelt, de nauwkeurigheid, betrouwbaarheid en validiteit van de resulterende informatie, de breedte van het informatiegebied, het permanente versus eenmalige karakter van de informatiestroom, de aard van de informatiebron en de mate waarin de methode inzicht biedt in de sociale kontekst van de behoeften. Het kiezen van methoden vereist dus een

¹⁾ Deze hiergenoemde publikatie betreft een experimentele handleiding voor het maken van een sociale kaart, welke ontwikkeld is vanuit het preventieteam van de RIAGG-Nijmegen ter ondersteuning van experimenten met veldteam-ontwikkeling.

zorgvuldige afweging vooraf van:

- de eisen die men aan de informatie wil stellen en het belang van de verschillende informatie-onderdelen
- de mogelijkheden, beperkingen en de kosten van iedere methode
- de uitvoerbaarheid van de verschillende methoden, gezien de beschikbare tijd, deskundigheid en financiële middelen.

Tekorten van één bepaalde methode kunnen gecompenseerd worden door een KOMBINATIE VAN MEERDERE METHODEN te gebruiken. Deze kunnen additief ten opzichte van elkaar gebruikt worden: elkaar wederzijds aanvullend. Daarnaast is ook een FUNKTIONEEL-SEQUENTIELE RELATIE mogelijk. Hierbij worden meerdere methoden na elkaar gebruikt. De resultaten van eerdere methoden in de reeks zijn bepalend voor de keuze of voor de specifieke invulling van een daarop volgende methodiek. Zo zou kunnen worden begonnen met een globale kortdurende methodiek die een breed bereik heeft, hieruit wordt vervolgens een voorlopige keuze gemaakt van enkele doelgroepen en aandachtsvelden; per doelgroep of aandachtsveld wordt daarna via andere methoden een diepergaand onderzoek verricht naar de specifieke aard van de behoeften en hun sociale kontekst. Een voorbeeld: via sociale indicatoren spoort men buurten in de regio op met een hoger risico, vervolgens wordt bij de daargevestigde eerstelijnsverpleegkundigen en sleutelfiguren de Delphi-methode gebruikt om specifieke problemen en behoeften op te sporen, en tenslotte worden enkele diepte-interviews uitgevoerd met leden van een potentiële doelgroep.

2.8 NAAR EEN INTEGRALE BEHOEFTE ANALYSE

Een behoefte-analyse kan worden opgevat als een eenmalige activiteit ten behoeve van de planning van een specifiek project. De meeste auteurs op het terrein van de 'needs assessment' pleiten er echter voor haar op te vatten als een permanente activiteit van hulpverleningsinstanties, die daarbij gebruik maken van een veelheid aan methoden en gezichtshoeken. Dit komt b.v. duidelijk tot uiting in de definitie die Siegel et al. (1978) geven van 'needs assessment':

1. *An environmental monitoring system that is...*
 2. *designed to measure and make judgements about program relevance, adequacy, and appropriateness;*
 3. *based on systematic collection and analysis of information...*
 4. *regarding the needs of health and human services,*
 5. *as filtered through multiple levels of societal perspectives*
 6. *and as generated through multiple measurement approaches".*
- (pag. 223)

Zoals we in paragraaf 2.1 reeds hebben toegelicht, vormt ook voor de RIAGG's het uitvoeren van behoefte-analyses een permanent onderdeel van hun takenpakket. Om te verwijzen naar dit geheel aan behoefte-analyses, de vele bronnen en methoden, gebruiken we bij voorkeur de term INTEGRALE BEHOEFTE-ANALYSE. Toegepast op de AGGZ, definiëren we haar als:

- een informatie-systeem
- dat een vast onderdeel vormt van het planningsproces binnen een RIAGG
- met als doel de adequaatheid van de kuratieve en preventieve hulpverlening te evalueren en te optimaliseren door
- binnen een omschreven zorggebied
- systematies informatie op te sporen, te analyseren en te verspreiden
- over aanwezige psychosociale problemen, wijzen van probleemverwerking, psychosociale nood, hulpbehoeften, het beschikbare professionele en informele hulpaanbod, het feitelijk gebruik daarvan
- en over de factoren die daarop van invloed zijn
- geformuleerd vanuit meerdere beoordelingsperspektieven, zoals van de bevolking, hulpverleners, beleidsfunctionarissen, sleutelfiguren en onderzoekers,
- en gebruik makend van verschillende typen van methoden.

Kenmerkend voor een 'integrale' behoefte-analyse is haar konvergerend karakter. Een KONVERGERENDE ANALYSE verwijst naar het samenvoegen van verschillende soorten informatie (b.v. over objectieve psychosociale nood, de ervaren behoefte aan hulp, de feitelijke hulpvraag en het beschikbare aanbod), afkomstig van een verscheidenheid aan bronnen (b.v. bevolking, klanten, hulpverleners) via meerdere methoden (b.v. het epidemiologies survey, diepte-interview, registratie-onderzoek).

Ons pleidooi voor een integrale behoefte-analyse kan een misverstand oproepen, nl. dat eerst alle facetten van de regionale behoeften bekeken zouden moeten worden voordat hieruit konklusies kunnen worden getrokken voor de planning en voordat men tot actie kan overgaan. Het zou dan wel eens erg lang kunnen duren voordat hieruit konkrete projecten tot stand komen. De praktijk kan daar niet op wachten.

In onze opvatting is deze integrale behoefte-analyse dan ook een continue taak voor een RIAGG tezamen met andere instanties op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg. Stap voor stap kunnen nieuwe activiteiten ontwikkeld worden uit nieuwe informatie over regionale behoeften, en anderzijds kunnen ervaringen op grond van deze activiteiten weer bijdragen tot nieuwe inzichten omtrent de behoeften en hun achtergronden en omtrent veranderingen daarin. Uit deze continue wisselwerking tussen behoefte-analyse, planning en activiteiten moet geleidelijk aan een adequate afstemming tussen hulpaanbod en hulpbehoefte groeien.

29 SAMENVATTING

Gezien de wijze waarop de AGGZ zich in het verleden naar de bevolking heeft opgesteld - nl. in een afwachende rol - mogen we aannemen dat zij de behoefte aan haar hulp, impliciet of expliciet, heeft gedefinieerd als het feitelijk aantal klanten dat binnen een bepaalde tijdsperiode een beroep doet op AGGZ-instellingen, dan wel daar in behandeling is. Aan een toename of afname van het aantal aangemelde klanten en aan de omvang van een wachtlijst werd de behoefte aan dergelijke hulp afgemeten. Tegen de achtergrond van de regionalisering voldoet dit behoefte-koncept echter niet meer. Zoals we in hoofd-

stuk 4 nog zullen bespreken, bestaat de indruk dat in de bevolking de (objectieve) behoefte aan professionele psychosociale hulp veel groter is dan via de cliëntenregistratie van de AGGZ tot uiting komt. Voorzover er gesproken kan worden van een niet-gedekte behoefte aan professionele hulp, ligt ook daar een expliciete taak voor de AGGZ nieuwe stijl.

Een tweede reden waarom het traditionele behoefte-koncept niet meer voldoet, ligt in de ontwikkeling van de preventieve AGGZ. Vanuit deze sector wordt gezocht naar mogelijkheden om te voorkomen dat zich een dussdanige psychosociale noodsituatie ontwikkelt, dat gespecialiseerde kuratieve hulp noodzakelijk is. Hoewel ervaringen met cliënten in therapie waardevol materiaal kan opleveren voor het ontwikkelen van preventieve activiteiten, is dit onvoldoende om de behoeften van de bevolking aan professioneel-preventieve ondersteuning te kunnen inschatten.

De behoefte-aanbod verhouding in de AGGZ vormt een zeer complex vraagstuk. We hebben getracht om aan de hantering van dit vraagstuk op twee aspecten een bijdrage te leveren. Allereerst bleek er behoefte aan een begrippenkader dat zowel bruikbaar is voor de beleidsontwikkeling als voor het verrichten van onderzoek. In dit hoofdstuk hebben we een aantal behoefte-begrippen besproken, welke in figuur 2.2 zijn samengevat. We hebben daarbij met name benadrukt dat bij het inschatten van professionele hulpbehoeften niet alleen individuele kenmerken van potentiële hulpvragers, maar ook het beschikbare informele hulpaanbod moet worden betrokken.

Om behoeften op het gebied van de geestelijke volksgezondheid te bepalen zijn vele strategieën mogelijk. We hebben in dit hoofdstuk voor- en nadelen besproken van het gebruik van directe en indirecte informatiebronnen, de zg. directe en indirecte behoeftebepalingen. Bovendien hebben we een aantal methoden de revue laten passeren, die bij deze behoeftebepalingen kunnen worden gebruikt. Iedere strategie en methode heeft uiteraard haar beperkingen. Wanneer deze een belemmering vormen op het verkrijgen van voldoende zicht op aanwezige behoeften, dan is het raadzaam een combinatie van methoden te gebruiken, waarbij deze elkaars beperkingen compenseren.

Een behoefte-analyse kan worden opgevat als een eenmalige activiteit ten behoeve van de planning van een specifiek project. Zij kan echter ook opgevat worden als een permanente activiteit van een hulpverleningsinstelling, zoals de RIAGG, ten einde een voortdurende controle op haar adequaatheid mogelijk te maken. Deze taak omvat een reeks afzonderlijke behoefte-analyses ter ondersteuning van de onderscheiden uitvoerende taken en van specifieke projecten binnen de RIAGG. Het gebruik van uiteenlopende strategieën en methoden schept geleidelijk aan een totaal-indruk van de regionale behoefte-situatie op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Dit geheel duiden we aan met de term: integrale behoefte-analyse.

Dergelijke behoefte-analyses kunnen het gevaar met zich meebrengen dat zij de machtspositie van professionele hulpverleningsinstellingen resp. van de overheid over de bevolking versterkt. Het gebruik van deze behoefte-analyses dient dan ook gepaard te gaan met een proces van externe democratisering van deze instellingen.

3 signaleren van risikogroepen

3.1 INLEIDING

Omdat we ons in deze publikatie met name op de preventieve AGGZ richten, gaan we hier nader in op enkele aspecten van het behoeftevraagstuk die juist voor deze sektor typerend zijn. Het analyseren van (hulp)behoeften, wordt binnen de preventieve AGGZ wel aangeduid met de term 'signaleren' (par. 3.2). Veel van de opvattingen die we in het vorige hoofdstuk over het behoeftevraagstuk hebben besproken, zijn ook op signaleren van toepassing, zoals bijvoorbeeld het verschil tussen de behoefte aan formele en informele hulp, tussen hulpbehoefte en hulpvraag, en het onderscheid naar de verschillende nivo's waarop behoeften kunnen worden vastgesteld. Het behoeftevraagstuk speelt met name in de preventieve AGGZ een belangrijke rol, onder meer vanwege de onbekendheid van deze sektor bij mogelijke doelgroepen en het ontbreken van subjectieve behoeften aan professioneel-preventieve hulp. Immers, bij de preventieve doelgroepen is meestal geen sprake van akute nood of bedreiging. Voor het opsporen van preventieve behoeften zijn de strategieën en methoden bruikbaar, waarvan we in paragraaf 2.7. een overzicht hebben gegeven.

In de preventie worden doelgroepen, bij wie een verhoogde kans op psychosociale nood wordt verondersteld, aangeduid met de term 'risikogroepen'. Het opsporen van risikogroepen is een van de belangrijkste signaleringstaken. Zowel in de literatuur als in praktijkverslagen wordt deze term - naar onze ervaring - nogal gemakkelijk gebruikt zonder dat de precieze betekenis ervan duidelijk is. Deze term is afkomstig uit de epidemiologische benadering van psychosociale stoornissen. Gezien de sociaal-epidemiologische invalshoek van waaruit we in deze publikatie het behoeftevraagstuk benaderen, be-

steden we in dit hoofdstuk ruime aandacht aan deze zogenoemde 'risiko-benadering'. Evenals in het vorige hoofdstuk ligt daarbij het meeste aksent op het presenteren van een begrippenkader en op het toelichten van de risico-benadering als STRATEGIE van behoefte-analyse (par. 3.3). De centrale plaats die aan risikogroepen gegeven is in de nieuwe subsidieregeling voor preventief werk vanuit de AGGZ, onderstreept het belang van deze bespreking.

3.2 SIGNALEREN IN DE PREVENTIEVE AGGZ

3.2.1 Signaal, signaleren en signaleringstaak

Het begrip 'SIGNAAL' heeft minstens twee betekenissen (Van Dale, 1976):

"(1) een gebeurtenis die aanleiding geeft tot bepaalde gevolgen of daarvan het voorteken is, en (2) een teken om iets te doen of na te laten." (pag.2209)

Een signaal kan dus alléén een prediktieve waarde hebben (voorteken), maar kan tegelijkertijd ook een kausale konditie vormen (aanleiding tot). Signalen zijn juist daarom belangrijk, omdat ze ons in de gelegenheid stellen ons zo goed mogelijk voor te bereiden op dat wat komen gaat (iets te doen of na te laten). We kunnen daardoor pogen te verhinderen, dat ongewenste gebeurtenissen, die zich via signalen aankondigen, ook daadwerkelijk plaatsvinden. Minstens kunnen we ervoor zorgen dat we met de emotionele gevolgen ervan kunnen omgaan, b.v. door ons te verzekeren van praktische of emotionele steun, of door ons te herbezinnen op de haalbaarheid van gestelde doelen. Het begrip 'signaal' heeft dus reeds per definitie een preventieve betekenis.

In ons dagelijks leven maken we voortdurend gebruik van signalen. Een rood knipperlicht voor een spoorwegovergang is een signaal dat er een trein aankomt en er dus een gevaarlijke situatie in aantocht is. We stoppen bijtijds voor de overgang om te voorkomen dat we onder een trein komen. Wanneer bepaalde planten uit ons milieu beginnen te verdwijnen dan zeggen we: "Dat is een slecht teken voor de ontwikkeling van ons milieu. Daar moeten we wat aan doen voor het te laat is." Ook aan ons eigen lichaam merken we voortdurend dat het reageert op onze leefwijze. Het geeft ons signalen die als het ware zeggen: 'Als je op deze wijze doorgaat gaat het echt fout. Doe er iets aan!' Op structureel nivo zijn het vaak actiegroepen, zelfhulpgroepen of bredere protestbewegingen die een belangrijk signalerende en daardoor ook preventieve functie vervullen in onze samenleving. Ook in positieve zin kunnen signalen ons aanwijzingen bieden, nl. of het goed met ons gaat, of er goede kansen zijn om een gesteld doel te bereiken en daardoor onszelf te ontplooien.

Wanneer we in deze publikatie over preventie en signalering spreken is dat op zichzelf dan ook niets nieuws of bijzonders. Je zou kunnen stellen dat elk individu, elke groep, elke organisatie, gemeenschap of samenleving ten behoeve van haar eigen voortbestaan en verdere ontplooiing voortdurend preventief gedrag vertoont en daarbij, soms bewust, soms impliciet, van signalering gebruik maakt. Preventie en signalering zijn dus in wezen maatschappelijke functies. De term 'SIGNALEREN' gebruiken we hierna uit-

sluitend in de betekenis van een 'bewust gebruik': activiteiten welke bedoeld zijn om signalen op te sporen, op basis waarvan doelgerichte preventieve activiteiten ondernomen kunnen worden.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg heeft - evenals een groot aantal andere zorginstellingen¹⁾ - ook ten aanzien van deze maatschappelijke functie een ondersteunende en aanvullende taak. Hiermee bedoelen we dat ze in de eerste plaats het preventieve en signalerende vermogen binnen de samenleving zelf dient te versterken.

In de preventienota van de NVAGG (1981) wordt signalering genoemd als een van de preventieve taken van een RIAGG. De SIGNALERINGSTAAK wordt als volgt omschreven:

- 1.1 *signaleren* - *systematies opsporen van kondities die een bevorderende c.q. belemmerende invloed hebben op de geestelijke gezondheid*
- *vroegtijdige onderkenning van problematiek bij aanwijsbare risikolopende groepen en individuen;*
- 1.2 *doorgeven* - *doorgeven van gesignaleerde problematiek aan de daartoe ge-*
van signalen *eigende instanties en/of personen; (pag. 41 e.v.)*

Gezien onze uiteenzetting over het begrip 'signaal' zou aan de eerste deeltaak moeten worden toegevoegd: Het systematies opsporen van kenmerken of gebeurtenissen die een prediktieve (en niet-kausale) waarde hebben ten aanzien van het ontstaan van psychosociale nood.

Als toelichting bij de tweede deeltaak stelt de nota dat veel psycho-sociale problemen ontstaan en bestaan in situaties waarop de AGGZ geen, en zeker geen directe invloed heeft. Het doorgeven van signalen aan andere instanties beoogt invloed uit te oefenen op die situaties, veranderingen daarin aan te doen brengen, respectievelijk anderen te stimuleren verantwoordelijkheid in deze te nemen. Het doorgeven van signalen betekent dat de AGGZ ook mede-verantwoordelijkheid wil dragen voor wat er met het signaal gebeurt. Als de betrokken instelling niets doet, kan dat betekenen dat de AGGZ zelf activiteiten onderneemt of een andere instantie zoekt om het signaal aan door te geven.

Ok bij deze tweede deeltaak blijft het de AGGZ die de signalen aandraagt. Gezien onze eerdere opmerking over signalering als maatschappelijke functie lijkt het ons van wezenlijk belang om aan de twee genoemde deeltaken nog een derde toe te voegen:

- 1.3 *versterken* - *versterken van het signalerend vermogen bij individuen, ge-*
van het *zinnen, groepen, organisaties en grotere systemen binnen de*
signalerend *samenleving, zodat deze zelf in staat zijn bevorderende en*
vermogen *belemmerende kondities en andere prediktieve signalen voor*
de geestelijke gezondheid op te sporen, en zonnig voor deze
signalen bij anderen aandacht te vragen.

Gezien de aard van ons onderzoek richten wij ons in dit hoofdstuk vooral op de uitwerking van de eerste deeltaak. Deze kan een ondersteunende functie vervullen bij het uitvoeren van de beide andere deeltaken.

¹⁾ Zo worden in de eerste lijn reeds sinds lang signaleringsactiviteiten verricht. Deze staan ook wel bekend onder de term 'vroegtijdige onderkenning'. Een bekend voorbeeld bieden de wijkverpleegkundigen en jeugdartsen op een consultatiebureau. Tijdens het spreekuur constateren zij bij peuters soms een opvallende vertraging in de ontwikkeling van de psychomotoriek. Dit zou kunnen duiden op de ontwikkeling van een psychosociale stoornis op een latere leeftijd. Extra aandacht of stimulering kan een dergelijke ontwikkeling dan voorkomen.

3.2 2 Interpretatie van signalen

Wanneer de produktiviteit binnen een bepaald bedrijf terugloopt zullen sommigen dit interpreteren als een signaal van het verval van de arbeidsmoraal. Voor anderen is het aanleiding om te onderzoeken of er iets mis is met de sociale leefsfeer op het werk, en weer anderen zien het als een gezonde en preventieve reactie op een overspannen prestatieklimaat.

Klachten van vrouwen in de zg. menopauze kunnen door een huisarts simpelweg afgedaan worden als tekenen van een veranderende lichamelijke en dus individuele konstitutie. Het is ook mogelijk ze te zien als signalen voor de moeilijke maatschappelijke positie waarin een groot aantal vrouwen verkeren wier kinderen het ouderlijk huis hebben verlaten en die tot nu toe weinig opleidings- en zelfontplooiingskansen hebben gehad.

Uit de registratiegegevens van AGGZ-instellingen kan veelal worden gekonkludeerd dat er uit een bepaalde stadswijk of dorp relatief meer cliënten komen dan uit de rest van de regio. Sommigen zullen dit als een signaal beschouwen en spreken van een 'probleemwijk'; voor anderen is het echter een positief signaal dat verwijst naar een beter contact tussen AGGZ en eerste lijn dan in de rest van de regio, weer anderen beschouwen dit hoge verwijzingspercentage juist als een onvermogen van de eerste lijn en andere lokale sleutelfiguren om zelf adequate kuratieve en preventieve hulp te verlenen.

De genoemde voorbeelden maken duidelijk dat signalen niet altijd even eenduidig zijn in hun betekenis. Bovendien kunnen verschillen in de interpretatie van eenzelfde signaal tot zeer uiteenlopende konklusies leiden voor wat betreft de wenselijkheid en de aard van preventieve acties. De interpretatie is in sterke mate gebonden aan theoretiese inzichten, maatschappijvisies en de empiriese ondersteuning die er voor de verschillende interpretaties bestaat. Het is daarom belangrijk een onderscheid te maken tussen:

- a. het SIGNAAL zelf
- b. datgene WAARNAAR HET UITEINDELIJK VERWIJST: een verwachte schade of winst
- c. de THEORETIESE EN MAATSCHAPPELIJKE VOORONDERSTELLINGEN op grond waarvan er een verband tussen a. en b. wordt aangenomen
- d. de SIGNAAL-REAKTIE de preventieve reactie die wordt ondernomen op grond van de waarneming en de interpretatie van het signaal.

Signalen kunnen ons attenderen op de dreiging van een ongewenste situatie of juist op de waarschijnlijkheid dat een gewenste doelsituatie wordt bereikt. Signalen kunnen dus zowel in positieve als in negatieve zin gebruikt worden. Wat zijn voor de preventieve AGGZ nu de ongewenste situaties die zij wil helpen voorkomen, en de gewenste situaties die zij wil helpen bereiken?

1. Voorkomen dat personen of groepen hun psychosociale problemen noch zelf noch met hulp van hun omgeving kunnen oplossen, en daarvan in hun functioneren ernstig en duurzaam hinder ondervinden. Anders gesteld: voorkomen dat zich psychosociale nood ontwikkelt, waarvoor professionele hulp noodzakelijk is. In POSITIEVE zin geformuleerd de preventieve AGGZ wil er toe bijdragen dat individuen of groepen hun psychosociale problemen zelf of met hulp van hun omgeving kunnen oplossen, voor hun

eigen psychosociale behoeften kunnen opkomen, ten einde zichzelf beter te kunnen ontplooiën. Een emancipatoire doelstelling dus.

2. Voorkomen dat mensen die toch in een psychosociale noodsituatie terecht komen, van professionele hulp verstoken blijven of ineffektieve hulp krijgen. In POSITIEVE zin geformuleerd: de preventieve AGGZ wil ertoe bijdragen dat professionele hulp in deze gevallen zo vroeg mogelijk wordt gegeven en dat daarbij zoveel mogelijk gebruik gemaakt wordt van ondersteuningsmogelijkheden in de natuurlijke omgeving.

3.3 DE RISIKO-BENADERING

Onze theorievorming is nog niet zover - en zal vermoedelijk ook nooit zover komen - dat we met ZEKERHEID dergelijke gewenste of ongewenste situaties op het terrein van de geestelijke gezondheid kunnen voorspellen. Voorspellingen hebben dan ook altijd het karakter van een kans-uitspraak. In de praktijk spreken we daarom van hogere en lagere risico's. Preventie-activiteiten worden bij voorkeur gericht op personen of groepen die relatief de meeste kans lopen om in een psychosociale noodsituatie terecht te komen.

Bovendien is het moeilijk om via onderzoek PRECIES aan te geven waar geestelijke gezondheid eindigt en psychosociale nood begint. In de praktijk zijn deze grenzen vaag en is er een geleidelijke overgang van problemen naar een noodsituatie. Geestelijke gezondheid is geen begrip dat zich gemakkelijk leent voor de duimstok. Wat wij eerder in theoretische termen hebben omschreven als psychosociale nood, kan in operationele termen slechts BENADERD worden. Indikatoren voor psychosociale stoornissen verwijzen dan ook niet in absolute termen naar hun aanwezigheid, maar bieden een indicatie dat hun aanwezigheid zeer waarschijnlijk is.

Om deze redenen wordt bij signaleren ten behoeve van de preventieve AGGZ veelvuldig gebruik gemaakt van het begrip 'risiko': risikofactor, risikogroep, risikosituatie, personen met een verhoogd risico, en riskant gedrag. Risikofactoren vormen een van de belangrijkste preventieve signalen. Deze risico-benadering biedt dus de mogelijkheid om de signaleringstaak in een concrete werkstrategie om te zetten.

Hoewel het begrip 'risikogroep' vooral voor een preventieve benadering betekenis heeft, is het eveneens bruikbaar voor het lokaliseren van de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp. Zoals we nog zullen toelichten worden risico's en risikogroepen immers gelokaliseerd op basis van het relatief veelvuldig voorkomen van psychosociale nood of van professionele hulpvragen binnen bepaalde maatschappelijke groeperingen. Daar waar via deze risikobenadering een behoefte aan professioneel-preventieve hulp gelokaliseerd kan worden, concentreert zich kennelijk ook de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp, althans tot het moment dat preventieve interventies er in slagen de behoefte aan kuratieve hulp wezenlijk te verminderen. Bij het spreiden van het aanbod aan professioneel-kuratieve hulp over de regio kan kennis omtrent risikogroepen een belangrijke ondersteuning bieden.

Er bestaat echter ook nogal wat kritiek op de wijze waarop men in de AGGZ met risikobegrippen omgaat (Achterhuis, 1979). De meest gehoorde kritiek luidt ongeveer als volgt: "Tegenwoordig valt vrijwel iedereen onder een of andere risikogroep. Men is of alleenstaand, of buitenlander, of vrouw, of homoseksueel, of werkeloos, of wao-er, of heeft een geboorte of juist een sterfgeval in het gezin of behoort tot een lagere sociale klasse, of heeft stressvolle werkomstandigheden, etc.". Het lijkt er inmiddels inderdaad op dat het ongenueanceerde gebruik van het begrip 'risikogroep' tot een sterke devaluatie ervan heeft geleid. Wanneer inmiddels 90% van de bevolking tot een of andere risikogroep behoort schiet het begrip aan haar oorspronkelijke doel voorbij. Het begrip was immers bedoeld als een handvat om de beperkte middelen voor preventieve zorg zo efficiënt mogelijk te benutten, door haar toe te spitsen op een beperkte groep die deze zorg het meeste nodig heeft of waarbij zij althans het meeste effect oplevert. Bij een zorgvuldig en theoretisch verantwoord gebruik van de verschillende risikobegrippen lijkt ons een dergelijk doel wel haalbaar.

Gezien de centrale plaats die het risico-denken in de preventieve zorg inneemt, en in de kuratieve zorg zou kunnen innemen, zullen we hieronder nader ingaan op de oorsprong van het risico-denken, de betekenis van de genoemde begrippen en de theoretische denkbeelden die eraan ten grondslag liggen.

3.3.1 Het maatschappelijk gebruik van risico-analyses

Risico-benaderingen zijn uiteraard geen exclusieve zaak van de geestelijke gezondheidszorg. Begrippen als 'risiko' en 'risiko-analyse' hebben zich de laatste 20 jaar een belangrijke plaats verworven in tal van maatschappelijke sectoren. Risico-analyses dienen ertoe om op individueel of maatschappelijk nivo de kans op bepaalde ongewenste ontwikkelingen of gevaren te voorspellen om zonodig tijdig preventieve maatregelen te kunnen nemen. Risico-analyse en preventieve maatregelen vormen dan ook twee zijden van eenzelfde medaille.

Soms richten risico-analyses zich op de mogelijke schadelijke gevolgen van een voorgenomen MAATREGEL of de introductie van een nieuw PRODUKT, soms op de risico's verbonden aan bestaande, potentieel gevaarlijke SITUATIES, en soms op specifieke GROEPEN of PERSONEN die om uiteenlopende redenen mogelijk extra gevaar lopen. Recentelijk hebben risico-analyses extra aandacht gekregen door de zogenoemde 'brede maatschappelijke discussie' over de milieupolitiek, in het bijzonder de kernenergie. De cruciale vraag in de discussies over de kerncentrale luidt: Hoe groot is het risico op kalamiteiten en welk risico mag maatschappelijk aanvaardbaar worden genoemd (toelaatbaar risico)? Een ander voorbeeld dat de afgelopen jaren aan de orde van de dag is betreft de bodemverontreiniging. Welk risico voor de volksgezondheid levert concentratie X op van stof Y in de grond van woonwijken? Is dit risico aanvaardbaar? Zo niet, moet er dan geëvacueerd worden of zijn andere maatregelen afdoende? Verder is prakties iedereen vertrouwd met het begrip 'risiko' binnen het kader van verzekeringen. Door zich voor brand, ziekte of ongevallen te verzekeren dekt men zich in tegen ongewenste risico's zoals de hoge kosten voortvloeiend uit een verkeersongeval.

Het risico-denken komt voort uit de nog steeds toenemende maatschappelijke tendens tot het anticiperen op en beheersen van sociale en economische ontwikkelingen in de samenleving. Sprekend over de mogelijkheden en problemen van risico-evaluatie zegt Boskma (1977) hierover:

"Een kausale interpretatie van de natuur en de daarmee verbonden mogelijkheid om van deze kennis gebruik te maken om eigen levensomstandigheden te verbeteren levert tevens de mogelijkheid om aanwezige risico's te vermijden of te verkleinen. Het besef als mens niet slechts een speelbal te zijn van natuurkrachten of van de geschiedenis, sluit het besef van het vermijdbare risico of althans te verkleinen risico in." (pag. 4)

Deze tendens tot beheersing komt vooral tot uiting in de grote nadruk die men tegenwoordig legt op 'planning', resp. 'sociale planning'. Planning, risico en preventie zijn alle begrippen uit dezelfde sfeer, nl. een gerichtheid op de toekomst, de behoefte deze toekomst te kennen en daardoor te kunnen beheersen. Risico-analyses vormen een intrinsiek onderdeel van het planningsproces, omdat planning juist bedoeld is om vooruit te lopen op de gevolgen van te nemen beslissingen en de daarin aanwezige risico's zo laag mogelijk te houden (Falludi, 1973; Van Doorn en Van Vught, 1978a). Het is dan ook niet verwonderlijk dat het risico-begrip in de AGGZ is geïntroduceerd juist op het moment dat van de AGGZ een planmatige aanpak van haar kuratieve en preventieve taak wordt verwacht.

3.3.2 Het risikobegrip in de preventieve AGGZ

In vrijwel alle nota's en artikelen over de preventieve GGZ wordt het werken met risikogroepen beschreven als een van de belangrijkste preventieve strategieën. Sommige auteurs zien de oriëntatie op zogenoemde 'hoge risikogroepen' of 'groups at risk' als zo wezenlijk voor de preventie dat zij in hun preventiedefinitie hiernaar expliciet verwijzen.

"Primary prevention encompasses activities directed toward specifically identified vulnerable high risk groups within the community who have not been labeled psychiatrically ill and for whom measures can be undertaken to avoid the onset of emotional disturbance and/or to enhance their level of positive mental health. Programs for the promotion of mental health are primarily educational rather than clinical in conception and operation, their ultimate goal being to increase people's capacities for dealing with crises and for taking steps to improve their own lives." (Goldston, 1977, pag. 20)

"Preventie in engere zin: activiteiten gericht op aanwijsbare (risico-lopende) groepen en individuen (potentiële cliënten) ter voorkoming van latere problematiek. Het beïnvloeden van sleutelfiguren in hun sociale systeem." (Rapport van de Commissie van Londen, 1978, pag. 12)

Ook in de toonaangevende publikaties over primaire preventie welke voortkomen uit de Vermont konferenties, wordt aan de risico-benadering een belangrijke plaats toegekend (Albee & Joffe, 1977; Forgays, 1978). Zoals we al eerder hebben geconstateerd vinden we het risico-denken ook terug in de Preventie-nota van de NVAGG, waar zowel gesproken wordt over 'risikofactoren' (pag. 31) als over 'risikolopende groepen en individuen' (pag. 41). Tenslotte vinden we een gelijksoortige omschrijving terug in de 'Wettelijke

Regeling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg' (Ziekenfondsraad, 1981), die omschrijft welke activiteiten krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) tot de taken van een RIAGG behoren. Hierin staat dat een RIAGG de preventie behartigt door activiteiten:

"Voor zover gericht op aanwijsbare, risicolopende groepen en individuen (potentiele cliënten) waar nog geen sprake is van een therapeutische relatie" (pag. 62)

Evenals dit geldt voor veel andere werkmodellen en concepten in de preventieve AGGZ, is de risico-benadering ontleend aan de medies-preventieve zorg voor de volksgezondheid (in de Engelstalige literatuur: Public Health).

Caplan (1974) beschrijft dit als volgt:

"Populations at risk. An important public health model which helps establish priorities and define goals is that of delimitating subpopulations within the larger community which are particularly demanding of remedial attention or particularly vulnerable, and therefore need preventive services. The risk may be related to the native characteristics of the subpopulation such as age, sex, ethnic or social origin, or status as newcomers or transients. It may also be related to current life conditions such as economic or educational deprivation, living in a crowded slum, being subject to prejudice and racial persecution. Examples of such populations at risk would be children of schizophrenic mothers, who have been shown by studies to have a 40% chance of developing a major mental disorder; aged infirm people living alone in an area about to be cleared because of urban renewal; young widows; children whose mothers tried unsuccessfully to abort themselves." (pag. 251)

Hoewel het denken van Caplan in belangrijke mate steunt op het risikobegrip - risikofactoren en risikogroepen - is het opvallend hoe weinig hij dit begrip theoretisch heeft onderbouwd. Het hierbovenstaande citaat is nog de meest uitgebreide toelichting welke in zijn publicaties vanaf 1964 te vinden is. Wel vinden we elders in zijn werk opsommingen van risikofactoren en risikogroepen (Van Lanschot Hubrechts e.a., 1978; Kornberg & Caplan, 1980).

Ook elders in de preventieve literatuur op het terrein van de geestelijke volksgezondheid moeten we tevergeefs zoeken naar een theoretische uitdieping van begrippen als risikofactoren en risikogroepen. De doktoraalscriptie van Hartman over hoge risikogroepen in de GGZ (1979) vormt hierop een uitzondering. Zij gaat wel uitvoerig in op het risico-denken en we zullen in de hiernavolgende uiteenzetting mede van haar bevindingen gebruik maken.

In een overzicht van preventie-activiteiten in ons land over de eerste helft van de 70-er jaren stelt Ehrhardt (1975a, 1975b) dat een aantal preventieve projecten gericht zijn op risikogroepen. Hij merkt echter op dat het begrip 'risikogroep' in de preventie een zeer onduidelijk begrip is. Ook Hulsebosch-Heering (1975) kwam in haar inventarisatie tot eenzelfde konklusie. De term 'risikogroep' wordt gebruikt als een soort sleutelwoord ter verantwoording van een bepaald preventiebeleid. Te pas en te onpas dient het gebruik van de term als een soort garantiebewijs voor doelmatigheid en kwaliteit. Meestal is echter niet duidelijk 'op grond waarvan' precies een bepaalde groep als 'risikogroep' bestempeld wordt, 'hoe groot' het risico is, 'waarop' een risico wordt verondersteld en welke maatschappelijke normen een rol spelen bij deze risico-analyse. Hierdoor is het tevens onduidelijk wat nu precies de mogelijkheden en beperkingen zijn van de risico-benadering voor de preventieve praktijk.

Een voorbeeld van de verwarring die het gevolg kan zijn van een onduidelijke begripshandeling in de literatuur biedt Ormel (1980). Alleen op basis van het ontbreken van verschillen tussen mannen en vrouwen in psychosociale belasting, konkludeert hij dat er geen reden is om vrouwen als risikogroep aan te merken. Anderzijds toonde hij wel aan dat vrouwen op enkele belastbaarheids- en weerbaarheidsvariabelen wel hoger scoorden dan mannen en dat zij bovendien meer onprettige gevoelens, psychische en lichamelijke klachten hebben. Het resultaat is des te verwarrender wanneer hij stelt dat zijn konklusies over aanwezige risikogroepen afwijken van de konklusies uit het 3e Bavo-rapport (Offerhaus et al., 1978). Deze laatste gaan echter van een veel ruimer risikokoncept uit dan Ormel, die hiervoor alleen de psychosociale belasting als criterium neemt. Het voorgaande voorbeeld drukt ons nog eens op het belang van een eenduidig begrippenkader en op de noodzaak dat onderzoekers hierover afspraken maken.

3.3.3 Het begrippenkader van de risikobenadering ³⁾

Het begrip 'risiko' is door Classen (1979) omschreven als 'de kans op een nog niet opgetreden schade' (pag. 15). Uitgedrukt in een functievergelijking verstaan we onder RISIKO (R): de kans (K) op een nog niet opgetreden gebeurtenis of ontwikkeling (X) maal de mate waarin deze gebeurtenis of ontwikkeling als ongewenst wordt beoordeeld (E=Evaluatie) in formule vorm:

$$R = f(K_X \times E_X)$$

Deze vergelijking maakt meteen al duidelijk dat risico geen neutraal of waarde vrij begrip is. Een risico omvat zowel een kans-element als een evaluatie-element. Beide elementen zijn variabel. Een risico, puur opgevat als kans, kan variëren van 1 tot 99%. Een voorbeeld: de kans op de ontwikkeling van psychotiese stoornissen is blijkens de epidemiologische literatuur aanzienlijk hoger in de lagere sociaal-ekonomiese groeperingen dan in de hogere (Gleiss et al., 1973). Onafhankelijk kan ook het evaluatieve element variëren, nl. van een gevolg dat als zwak negatief tot een gevolg dat als sterk negatief wordt beoordeeld.

Als uitkomst van deze dubbele variatie kunnen dan ook vier typen risico's onderscheiden worden:

		EVALUATIE	
		zwak negatief	sterk negatief
KANS	laag	A	B
	hoog	C	D

³⁾ Zie voor een overzicht van de hiernavolgende begrippen figuur 3.1 op pag.77 .

Het meest alarmerend is uiteraard risico D: een hoge kans op een sterk negatief gewaardeerd gevolg (ernstige psychosociale schade). Het minst alarmerend is risico A: een geringe kans op een als zwak-negatief gewaardeerd gevolg. Hier zal de minste aanleiding zijn tot preventieve acties. Afgaande op de beschikbare epidemiologische kennis doen zich de risico's B en C het meest frekwent voor. Een bekend discussiepunt vormt de vraag of we ons bij de preventie vooral zouden moeten richten op risico B of C. Dit is onlangs nog door Trimbos aangekaart, toen hij zich als reactie op het emancipatoire preventiemodel afvroeg (Trimbos, 1980):

"Is het te psychiatrisch, te medisch of misschien ook te utopisch gedacht om als belangrijke groep voor toekomstige preventie dus voor huidige preventie-voorbereiding aan te merken de 26.000 patiënten die thans in de intramurale zorg zijn? Is het niet zinniger vanuit het oogpunt van geestelijke volksgezondheid de weliswaar spaarse preventie-gelden, de geringe mankracht en het beperkte research-potentieel vooral in te zetten om preventie-mogelijkheden voor ernstige psychische stoornissen te gaan ontwikkelen schizofrene reacties, depressies, verslavingen, dementering, opwindingstoestanden, suïcidaal gedrag, paranoïde toestanden, psychische defekten, psychopatische ontwikkelingen etc. (begrippen uit het nosologisch jargon, die ik met tegenzin gebruik bij gebrek aan beter)?" (pag. 50)

In dit citaat spreekt Trimbos zich dus uit voor de preventie van risico B, nl. van ernstige psychosociale stoornissen die gekenmerkt worden door een relatief lage prevalentie. In de dagelijkse praktijk van de AGGZ-preventie ligt het aangrijpingspunt veeleer bij risico C, b.v. de veel voorkomende psychosomatische en psychoneurotische klachten zoals we die onder meer in de huisartsenpraktijk en in sociaal-epidemiologisch onderzoek aantreffen. Het voorkomen van de stoornissen waarop Trimbos doelt, vormt in ieder geval slechts zelden het expliciete doel van de preventieprojecten in de AGGZ (Brand et al., 1982). De vraag is echter of hier wel van een duidelijke tegenstelling sprake is. Naar onze indruk, gaan preventiewerkers over het algemeen immers van de veronderstelling uit dat het voorkomen van lichtere stoornissen (risico C) indirect tot het voorkomen van ernstige stoornissen leidt (risico B). Hoewel deze veronderstelling vaak diep geworteld is, bestaat er over haar validiteit echter nog weinig duidelijkheid. We zijn het in ieder geval met Trimbos eens dat dit discussiepunt in de preventieve AGGZ meer aandacht verdient.

Subjektief en Objektief risico. Wat ongewenst is, is gebonden aan persoonlijke en culturele normen en waarden. Dit geldt uiteraard ook - en wellicht bij uitstek - op het terrein van de geestelijke gezondheid. Wat op dit terrein als ongewenst wordt beschouwd is niet iets wat via wet, of door psychiaters, psychologen of andere wetenschappers in strikt absolute termen kan worden vastgesteld. Risico is dus per definitie een normgebonden begrip.

In de strikte zin van het woord zou om deze reden dan ook niet gesproken kunnen worden van een 'objektief' risico. Toch is het gebruikelijk van objektieve en subjektieve risico's te spreken. We spreken van een OBJEKTIEF RISICO wanneer we het hebben over de kans op psychosociale nood maal de ernst ervan, vastgesteld op basis van wetenschappelijke methoden en inzichten. Een SUBJEKTIEF RISICO is de kans op de ontwikkeling van psychosociale nood die een persoon of groep op zichzelf van toepassing acht. Dit subjektieve risikobegrip vinden we onder meer terug in de benadering van ziekte- en gezondheidsgedrag volgens het zogenoemde 'Health Belief Model' (zie hoofdstuk 5).

Hierin wordt dit gedrag afhankelijk gesteld van de subjektieve kwetsbaarheid (kans) voor een bepaalde ziekte en van de subjektieve ernst van de mogelijke gevolgen voor de persoon (evaluatie). Waar objectieve risico's een signaal vormen voor preventieve interventies door gezondheids- en welzijnsinstellingen, vormen subjektieve risico's voor de bevolking zelf een signaal tot preventief gedrag. Zijn objectieve signalen voor een ernstig risico aanwezig, maar ontbreken die op subjectief nivo, dan is extra voorlichting nodig om mensen hiervan bewust te maken. Anderzijds is ook voorlichting nodig waar mensen zich onnodig zorgen maken over ernstige subjektieve risico's, waar deze in meer objectieve zin afwezig zijn.

Incidentie-risico en prevalentie-risico. In epidemiologische termen is het risico op het ontstaan van psychosociale stoornissen gelijk aan de verwachte incidentie. Onder INCIDENTIE verstaan we: het aantal nieuwe gevallen van psychosociale stoornis binnen een bepaalde periode en binnen een omschreven (deel-)populatie. Men drukt dit uit in het aantal betrokken personen of systemen gedeeld door het totale aantal personen of systemen binnen de (deel-)populatie. Vanuit de bestaande incidentiecijfers worden veelal schattingen gemaakt over de verwachte incidentie in een komende periode: het INCIDENTIE-RISIKO. Vaak gebeurt dit door eenvoudigweg aan te nemen dat de huidige incidentie gelijk is aan het incidentie-risico. Soms wordt het incidentie-risico geschat op basis van een trend-analyse. Op basis van dergelijke gegevens kunnen risicogroepen worden afgeleid voor de preventieve AGGZ.

Ook prevalentiecijfers worden voor dit doel gebruikt. Deze verwijzen niet alleen naar nieuwe, maar naar alle voorkomende gevallen van psychosociale stoornissen. Een PREVALENTIE-RISIKO geeft dan ook alle verwachte gevallen van psychosociale stoornissen aan, die binnen een toekomstige periode en in een specifiek omschreven populatie zullen VOORKOMEN, uitgedrukt in het verwachte aantal betrokken personen of systemen, gedeeld door het aantal verwachte personen of systemen in deze populatie. Het prevalentie-risico wordt niet alleen bepaald door kausale factoren in het ontstaan van psychosociale stoornissen maar ook door de factoren die hun duur bepalen. De primaire preventie richt zich dan ook op het verlagen van het incidentie-risico (het ontstaan voorkomen) en de sekundaire preventie op een verlaging van het prevalentie-risico (de ernst en de duur verminderen).

Absoluut en relatief risico.

Wanneer risico's op basis van incidentie- of prevalentiecijfers worden berekend dan spreken we van ABSOLUTE RISIKO'S. Hiermee doelen we op het verwachte aantal gevallen berekend als proportie over het totaal aantal personen in de onderzochte populatie. Hiertegenover staan de zogenoemde RELATIEVE RISIKO'S. Deze verwijzen naar de verhouding tussen het risico in een populatie A ten opzichte van het risico in een populatie B. Een voorbeeld: Is het psychosociale risico in de categorie 'gescheiden personen' hoger dan bij degenen die in een duurzaam leefverband met een partner wonen? Of: Is het risico bij ploegenarbeiders hoger dan bij de bevolking in het algemeen? In de medische epidemiologie wordt de term 'relatief risico' uitsluitend toegepast in de betekenis van het eerste voorbeeld. Zo definieert Lilienfeld (1976) het relatieve risico als:

*"the incidence of a disease in an exposed group" gedeeld door
"the incidence of a disease in a nonexposed group" (pag. 179)*

Wij vatten dit begrip ruimer op door relatief uit te leggen als een vergelijking tussen het risico in een groep A ten opzichte van het risico in een andere groep. De andere groep kan zowel een groep betreffen waar een veronderstelde bedreigende faktor afwezig is alsook de populatie als geheel.

Het begrip 'risikogroep'. Dergelijke vergelijkingen zijn uiteindelijk bedoeld om risikogroepen te selektieren en om binnen een reeks aanwezige risikogroepen met het oog op de selectie van preventieve doelgroepen prioriteiten vast te stellen. Zoals wij reeds eerder stelden bestaat er over het begrip RISIKOGROEP echter onduidelijkheid. Deze is niet alleen aanwezig in de preventiepraktijk, maar ook in de preventieliteratuur. Ter illustratie geven we hieronder enkele definities:

"Risikopopulationen, d.h. Bevölkerungsanteile, die ein besonders hohes Risiko haben von bestimmten Krankheiten befallen zu werden" (Pflanz in: Thoma, 1975, pag. 111)

"Populations at risk includes all members of the population who under appropriate circumstances might suffer from the disorder." (Caplan, 1964, pag. 84)

"An individual may be at risk if he is a member of a group characterized by an incidence of disorder above the base rates for that disorder in the population." (Taylor Vance, 1977, pag. 208)

"Mensen die de meeste kans hebben om in psychosociale nood te geraken en de minste kans hebben om zich optimaal te ontplooiën." (Ehrhardt, 1975b, pag. 65)

"Groepen die naast een verhoogde kans op het vertonen van afwijkend gedrag ten minste een ander kenmerk gemeenschappelijk hebben (b.v. leeftijd, geslacht, kerkgenootschap, beroep, etc." (Haveman, 1977, pag. 427).

Ondanks een aantal overeenkomsten vertonen deze definities wezenlijke onderlinge verschillen en enkele conceptuele tekorten. Geen van de auteurs met uitzondering van Taylor Vance beschrijft wat zij precies met het begrip risico, resp. hoog risico bedoelen. Afgaande op zijn definitie baseert Pflanz zich alleen op de hoogte van het absolute risico. Ehrhardt, Haveman en Taylor Vance gaan daarentegen van het relatieve risikobegrip uit. Vanuit epidemiologies standpunt bekeken valt er veel te zeggen voor de definitie van Taylor Vance¹⁾.

Pflanz, Caplan en Taylor hebben het vervolgens over de kans op een bepaalde stoornis, terwijl Ehrhardt spreekt over psychosociale nood in het algemeen. Deze onduidelijkheid kan worden opgeheven door in het eerste geval te spreken van een SPECIFIEK RISIKO en in het tweede geval van een ALGEMEEN RISIKO. Overeenkomstig de termen 'medies risico' en 'financieel risico' zullen we bij een algemeen risico op het terrein

¹⁾ Deze definitie komt nagenoeg overeen met een definitie die Heller et al. (1980) geven in een recente reader over preventie:

"A risk group can be defined as any group, based on epidemiological evidence, shows a higher probability of developing psychological distress or disorder compared with the general population" (pag. 293)

van de geestelijke volksgezondheid spreken van een PSYCHOSOCIAAL RISIKO. Het genoemde onderscheid loopt parallel aan het verschil tussen specifieke en algemene preventie, zoals we dat elders hebben omschreven (Hosman, 1979).

Ehrhardt breidt het risico-begrip bovendien uit tot het terrein van de zogenoemde positieve geestelijke gezondheidszorg door ook een geringe kans op zelfontplooiing in de definitie op te nemen. Haveman spreekt over afwijkend gedrag, hetgeen veel ruimer is dan psychosociale stoornissen, maar anderzijds niet noodzakelijk alle vormen van subjectieve psychosociale nood omvat. Aangezien de term 'preventie' ook kan verwijzen naar het bevorderen van de geestelijke gezondheid, is er op zich niets tegen om ook een geringere kans op psychosociale ontplooiing in de risico-benadering op te nemen. In dat geval moeten echter twee kanttekeningen worden gemaakt. Ten eerste dient te worden afgewogen of een belemmerde psychosociale ontplooiing zonder meer een zelfde negatieve evaluatie heeft als psychosociale nood. Beschouwen we dit laatste als ongewenster dan het eerste, dan volgt uit onze risico-definitie dat - bij eenzelfde kans - het risico op psychosociale nood hoger is en bij de keuze van doelgroepen een hogere prioriteit krijgt. Een ander punt is de vraag of de bevordering van de geestelijke gezondheid wel een taak is van de AGGZ. Volgens de reeds eerder genoemde Wettelijke Regeling is dit niet het geval en behoort deze taak tot de basisgezondheidszorg. In onze opvatting is echter een meer genuanceerde opvatting wenselijk. Het bevorderen van de psychosociale ontplooiing kan een doelstelling zijn die men beoogt bij de gehele bevolking, als zodanig behoort het nastreven ervan inderdaad tot de taak van de basisgezondheidszorg. Dit doel kan echter evenzeer slaan op de feitelijke inhoud van een activiteit gericht op mensen waarbij weliswaar geen acuut probleem aanwezig is, maar die als groep wel een aantoonbaar risico lopen op de ontwikkeling van psychosociale stoornissen. Zo beschouwen we jeugdwerkeloosheid als een risikofactor (Schrameyer, 1981, Banks en Jackson, 1982). Als voorbeeld van het voorgaande kunnen we dan denken aan een project 'sociale vaardigheden en toekomstperspektief' ten behoeve van groepen toekomstige schoolverlaters, met relatief de grootste kans op jeugdwerkeloosheid. Het bevorderen van hun 'psychosociale ontplooiing' beoogt dit risico te verminderen. Wanneer een preventie-activiteit zich in haar presentatie sterk op mogelijke psychosociale stoornissen richt, kan dit juist negatieve bij-effecten opleveren, b.v. stigmatisering en 'selffulfilling prophecy'.

Tenslotte, om van een risikogroep te kunnen spreken is in ieder geval een indikator nodig die het signaal vormt voor de aanwezigheid van een risico en op grond waarvan een risikogroep geïdentificeerd en gelokaliseerd kan worden. Caplan spreekt over 'appropriate circumstances' en Haveman over 'een ander gemeenschappelijk kenmerk'. Meer in het algemeen wordt vaak over een risikofactor gesproken. Aangezien deze term vaak in een veel specifiekere betekenis wordt gebruikt, geven we de voorkeur aan de term 'risiko-indikator'. Op het verschil tussen beide termen komen we hierna nog terug.

Op grond van het voorgaande omschrijven we een RISIKOGROEP als een groepering of subpopulatie waarbij, op grond van de aanwezigheid van een of meerdere risico-indicatoren, voorspeld kan worden, dat zij als kollektief een significant hogere kans heeft op psychosociale stoornissen dan voor de populatie als geheel geldt. Deze hogere kans kan zowel de verwachte prevalentie als de verwachte incidentie betreffen.

Risico-indicatoren en risikofactoren. De term 'RISIKOFAKTOR' wordt meestal uitsluitend gebruikt om te verwijzen naar factoren die een aantoonbare verklaring bieden voor de toename van het risico op een psychosociale stoornis (b.v. een geboortetrauma) (Romme en Bauduin, 1976; Heller et al., 1980). Soms wordt met deze term ook geduid op predictieve kenmerken of omstandigheden die duidelijk geen kausale betekenis hebben of waarvan de kausale betekenis vooralsnog onduidelijk is. Een voorbeeld van dit laatste is de leeftijd. Wanneer mensen uit een bepaalde leeftijdsgroep een risikogroep vormen, b.v. voor hart- en vaatziekten, hoeft de leeftijd zelf geen kausale factor te zijn, maar mogelijk wel de leefwijze, de spanningen of konsumptiegewoonten die binnen een (sub)cultuur met een bepaalde levenswijze samenhangen.

Wanneer een kenmerk of omstandigheid alleen wordt beschouwd vanuit haar risikovoorspellende betekenis spreken we liever van een RISIKO-INDIKATOR. Alle variabelen, die een significant, predictief verband vertonen met het ontstaan of voorkomen van psychosociale stoornissen kunnen als een risico-indikator worden opgevat, en kunnen op grond daarvan een rol spelen bij het signaleren. De kwalificatie 'predictief' is hier van belang omdat zij verwijst naar de signaalwaarde van de risico-indikator. Immers, niet alle gerelateerde variabelen hebben een signaalwaarde. Zo is het in behandeling zijn bij een professionele hulpverlener met het voorkomen van een psychosociale stoornis geassocieerd, maar het heeft als signaal om de stoornis bij de betreffende persoon te voorkomen weinig waarde.

De betekenis van risico-indicatoren is vooral van praktische aard. Zij helpen ons risikogroepen in de samenleving te lokaliseren waardoor we onze aandacht sterker kunnen concentreren op degenen die het meeste behoefte hebben aan preventieve en curatieve hulp. Gevonden korrelaten in sociaal-epidemiologisch onderzoek zijn prakties bruikbaar zonder dat kausaliteit is aangetoond. Het voordeel van een risikofactor is uiteraard dat deze meer informatie biedt over de aard van een te kiezen preventiestrategie. Het is immers de risikofactor zelf die veranderd, vermeden of 'geneutraliseerd' moet worden.

Samenvattend: Alle risikofactoren zijn ook risico-indicatoren, maar niet alle risico-indicatoren vormen een risikofactor.

Voorbeelden van risico-indicatoren. Als typerende voorbeelden gelden met name de sociaal-demografische kenmerken: sexe, leeftijd, opleidings- en inkomensnivo, burgerlijke staat, beroepssituatie, kenmerken van de woonbuurt, urbanisatiegraad van de woonplaats, het gebruik van communicatiemiddelen e.d. In paragraaf 3.4 geven we een literatuurbespreking van een aantal van deze risico-indicatoren.

Wat de risikobepaling en daarmee ook het hanteren van risico-indicatoren zo complex maakt, is het verschillende aggregatienivo waarop risico's en risico-indicatoren worden gedefinieerd. Sommige zijn gedefinieerd op het nivo van het individu, andere op het nivo van grotere aggregaten zoals woonbuurten, organisaties, gemeenten of regio's. In het eerste geval spreken we van INDIVIDUELE RISIKO-INDIKATOREN, in het tweede geval van SOCIALE RISIKO-INDIKATOREN, ook wel sociale indicatoren genoemd (par. 2.7.2). Voorbeelden van het eerste type zijn: gescheiden zijn, een laag geboortegewicht, psychosociale stoornissen bij de ouders. Voorbeelden van het tweede type zijn: het migratiecijfer van een woonbuurt, het promillage suicides per gemeente, en het aantal stress-kenmerken per bedrijf.

Voorbeelden van risikofactoren. Deze vinden we met name in het werk van Caplan (Kornberg & Caplan, 1980; Van Lanschot Hubrecht et al., 1978; Van den Berg, 1981). In zijn inventarisatie heeft hij zich beperkt tot risikofactoren bij kinderen. Als zodanig noemt hij: genetische afwijkingen, congenitale misvormingen, zwangerschapsfactoren (b.v. alcoholgebruik, rode hond), geboortetraumata, prematuriteit, ongevallen, hospitalisatie, armoede en kulturele deprivatie, echtscheiding en disharmonie in het gezin, psychosociale stoornissen bij de ouders en falen op school. Naast deze risikofactoren onderscheidt hij 'intervenierende factoren' zoals competentie en sociale steun. Hij stelt dat risikofactoren niet noodzakelijk tot stoornissen leiden maar bij voorkeur wel wanneer er sprake is van een laag competentieniveau en weinig sociale ondersteuning. Dit betekent dus dat het verwachte risico evenzeer afhankelijk is van wat Caplan 'risikofactoren' noemt als van de 'intervenierende variabelen'. In onze opvatting dienen daarom ook deze laatste variabelen als risikofactoren te worden beschouwd, hoewel hun bijdrage aan het risico pas in interactie met andere risikofactoren optreedt.

Een andere moeilijkheid bij het inventariseren van risikofactoren is het onderscheid tussen algemene en specifieke risico's (pag. 14). Aangezien er vele typen psychosociale stoornissen onderscheiden worden, is uiteraard ook het aantal SPECIFIEKE RISIKOFAKTOREN aanzienlijk. Iedere stoornis kent immers ook haar eigen specifieke determinanten. Voor de preventieve praktijk zijn ALGEMENE RISIKOFAKTOREN het meest interessant: factoren die het risico doen toenemen op een grote reeks van uiteenlopende psychosociale stoornissen. Indien dergelijke algemene risikofactoren aanwijsbaar zouden zijn en tevens beïnvloedbaar, dan zou de doelmatigheid van de preventieve AGGZ daarmee aanzienlijk kunnen worden verhoogd. Een duidelijke ondersteuning voor deze denkrant is te vinden bij Bloom (1979), die in een artikel over recente ontwikkelingen rond de preventie van psychosociale stoornissen, zelf spreekt van 'The new paradigm' (pag. 183). Hij bedoelt hiermee dat zowel in de epidemiologie als in de preventie (in de VS) de belangstelling voor het zoeken van specifieke oorzaken voor specifieke stoornissen afneemt en dat er ruime empirische ondersteuning bestaat voor de invloed van meer algemene risikofactoren en voor preventie die daarop gericht is. De aard van de factoren die Bloom bespreekt komen sterk overeen met die welke door Albee (par. 1.5.4.3) en Caplan zijn benadrukt.

Een voorbeeld hiervan is de factor 'sociale ondersteuning'. Het is op basis van sociaal-epidemiologisch onderzoek (zie hoofdstuk 5) aannemelijk dat de afwezigheid van de sociale ondersteuning in stress-situaties tot een grotere kans leidt op de ontwikkeling van tal van psychosociale stoornissen. Daar waar deze risikofactor aanwezig is lijkt het dan ook een aangewezen preventiestrategie om enerzijds de situationele mogelijkheden tot sociale ondersteuning in probleemsituaties te versterken en anderzijds de 'competentie' van mensen te verhogen om deze ondersteuning vanuit hun omgeving te vragen en te accepteren: het hulpzoekend vermogen.

In het voorgaande hebben we doelbewust een aantal malen de termen 'signaalwaarde' en 'preventieve waarde' gebruikt. Met behulp van deze termen kunnen we een evaluatief oordeel uitspreken over de betekenis van de diverse risico-benaderingen of signaleringsstrategieën voor de preventie.

SIGNAALWAARDE staat voor de mate waarin een risico-indikator (signaal) in staat is om de kans op psychosociale nood, resp. stoornissen te identificeren en in de gemeenschap te lokaliseren. De signaalwaarde is dus op haar beurt afhankelijk van de identifikatiewaarde en de lokalisatiewaarde van een signaal. De **IDENTIFIKATIEWAARDE** van een risico-indikator is groter naarmate meer mensen in de korresponderende risikogroep ook daadwerkelijk een psychosociale stoornis zullen ontwikkelen. Dus hoe groter het risico is, dat door de risico-indikator wordt voorspeld, hoe sterker de identificerende waarde en hoe beter dus de uiteindelijke preventieve doelgroep wordt aangewezen. Hoe lager het risico, hoe meer mensen uit de risikogroep in feite geen psychosociale stoornis zullen ontwikkelen. Voor deze mensen is de preventieve investering in de risikogroep overbodig, mogelijk onnodig belastend of zelfs nadelig. De identifikatiewaarde is dus af te meten aan de hoogte van de verwachte incidentie of prevalentie binnen een risikogroep. Wanneer een risikogroep eenmaal als zodanig is bestempeld, wordt in de praktijk doorgaans geen rekening meer gehouden met de hoogte van het - weliswaar significante - risico. Het begrip 'risikogroep' begint dan een eigen leven te leiden. Stel nu dat er in de bevolking een aantal omvangrijke risikogroepen aan te wijzen zijn, die ieder in feite slechts een laag risico vertonen, dan is het niet zo vreemd dat men tot de konklusie komt dat vrijwel iedereen onder een of andere risikogroep valt. Daarmee wordt, zoals we reeds eerder hebben gesteld het begrip risikogroep voor de preventie onbruikbaar. Voor de preventie-praktijk zijn dan ook vooral de zogenoemde 'hoge risikogroepen' relevant, d.w.z. risikogroepen waarbij sprake is van een hoge identifikatiewaarde.

LOKALISATIEWAARDE verwijst naar de mate, waarin een risico-indikator in staat is om aan te geven wáár een risikogroep zich binnen de samenleving bevindt. Deze lokalisering geschiedt aan de hand van de epidemiologische parameters tijd, plaats en persoon (zie par. 1.5.2). Bij lokalisering via tijdsindicatoren spreken we van **TEMPORELE** lokalisering, bij plaatsindicatoren van **GEOGRAFIESE** lokalisering, en bij indicatoren voor de plaats van de personen binnen de sociale stratifikatie van **SOCIALE** lokalisering. Naarmate een risico-indikator meer informatie levert over de plaats waar, het moment waarop of de kanalen waarlangs een risikogroep bereikt kan worden, is de lokaliserende waarde hoger. Voorbeelden met een hoge lokaliserende waarde zijn kinderen tussen 6 en 10 jaar, huisvrouwen met psychosomatische klachten in de huisartsenpraktijk, ploegenarbeiders, bewoners van wijken met een gemiddeld lage sociaal-ekonomiese status. Bij Rosen (1979) vinden we een voorbeeld met een lage lokaliserende waarde. Zij vond meer ernstige problemen bij kinderen na de scheiding van hun ouders, wanneer de fase voorafgaande aan de scheiding 'turbulenter' was verlopen, d.w.z. meer openlijke conflicten bevatte. Weliswaar heeft deze faktor een duidelijk identificerende waarde, maar het is niet eenvoudig om op basis daarvan de korresponderende risikogroep in de samenleving te lokaliseren.

Een hoge identifikatiewaarde en een hoge lokalisatiewaarde en daarmee dus een hoge signaalwaarde vormen nog geen voldoende basis om over te gaan tot een preventieve interventie. Daarvoor moeten ook nog andere waarde-aspekten van het signaal worden beoordeeld. Tezamen bepalen zij de preventieve waarde van het signaal. Zo verschillen de signalen in de VROEGTIJDIGHEID, waarmee zij de ontwikkeling van een psychosociale stoornis aankondigen. Sommige signalen zijn bruikbaar voor primaire preventie, omdat zij een waarschuwing geven nog voordat zich stoornissen hebben kunnen ontwikkelen of van psychosociale nood sprake is. Andere signalen treden pas op wanneer zich reeds lichte stoornissen hebben ontwikkeld. Vaak zijn het juist deze lichte stoornissen zelf die als signaal worden gebruikt voor een mogelijke ontwikkeling naar ernstiger vormen. Vage lichamelijke klachten bij de huisarts vormen hiervan een voorbeeld. Deze signalen zijn vooral van betekenis voor de sekundaire preventie. Deze vorm van signaleren is in de praktijk vermoedelijk de oudste en meest toegepaste signaleringsmethode, vooral bekend als de 'vroegtijdige onderkenning'. Gaan we uit van de idee dat primaire preventie preventiever is dan sekundaire preventie, dan is het eerste type signalen vroegtijdiger en heeft dus een hogere preventieve waarde.

Een ander signaal-aspekt vormt haar INTERVENTIEWAARDE, d.w.z. de mogelijkheid om op grond van beschikbare interventiestrategieën het gekonstateerde risico te verlagen of te vermijden. Het is goed denkbaar dat we de kans op bepaalde stoornissen via risico-indicatoren redelijk kunnen identificeren en lokaliseren. Indien er echter geen preventieve aanpak voorhanden is om de betreffende stoornis te voorkomen, dan is de signalering van weinig betekenis. Er is dan sprake van een lage interventiewaarde en daarmee uiteindelijk van een lage preventieve waarde van het signaal. Risikofactoren zullen - in vergelijking tot de overige risico-indicatoren - meestal dus een hogere interventiewaarde bezitten, gesteld dat de risikofactor beïnvloedbaar is.

Tenslotte bestaat er de kans dat een preventieve bemoeienis NEGATIEVE BIJ-EFFEKTEN heeft (Van den Berg, 1980). In de literatuur van de laatste jaren zijn inmiddels diverse van dergelijke effecten beschreven zoals het stigmatiseringseffekt. Door bepaalde groepen als risikogroep te bestempelen en hen een aparte aandacht te geven kan hun deviante positie juist worden versterkt. Dit kan vervolgens weer sociale isolatie en zelfs diskriminatie tot gevolg hebben. De kans op een dergelijk negatief bij-effect is echter afhankelijk van de wijze waarop een risikogroep wordt benaderd. Bij indirecte strategieën b.v. via consultatie is dit gevaar minder groot. Een ander negatief bij-effect, dat we reeds in eerdere hoofdstukken ter sprake brachten, is de kans op een steeds verder gaande professionalisering van de zorg en een onteigening van de eigen probleemoplossende vermogens binnen de bevolking. Tegenover het risico van niet-intervenieren moet dus het risico van wél-intervenieren worden afgewogen.

In het voorgaande hebben we een aantal begrippen besproken die ons kunnen helpen bij het inschatten van de waarde van risikofactoren voor het preventieve handelen. Het meest omvattend is het begrip 'PREVENTIEVE WAARDE'. We verstaan daaronder de mate waarin verwacht kan worden dat een risico-analyse en de daarop aansluitende preventieve interventie een preventief resultaat oplevert bij de doelgroep op wie het risico van toepassing geacht wordt. De preventieve waarde is afhankelijk van

- de signaalwaarde = identifikatiewaarde + lokalisatiewaarde
- de mate van vroegtijdigheid
- de interventiewaarde
- de waarde van de negatieve bij-effecten

3.3.5 Het multifactoriële denken in de risikobenadering

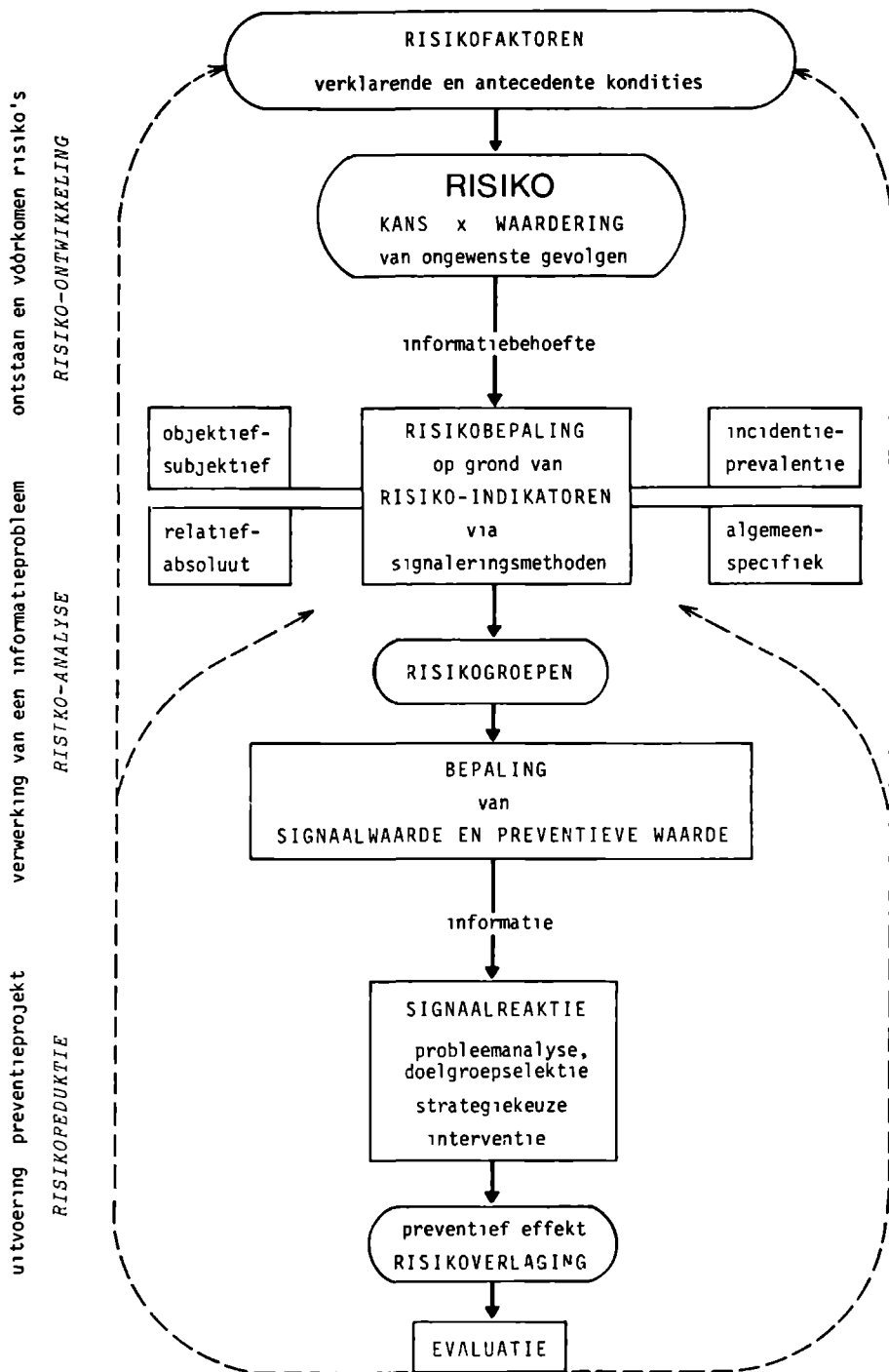
Zoals we hiervoor reeds hebben benadrukt, gaat men er in de moderne epidemiologische denktrant vanuit dat psychosociale stoornissen niet voorspeld of verklaard kunnen worden uit één bepaalde indikator of faktor, maar via een kluster van onderling onafhankelijke of interakterende indicatoren/factoren. We spreken dan van een 'RISIKOKLUSTER'. De definitie daarvan luidt: een groep van risico-indicatoren of -factoren, die een hoger risico voorspelt dan op basis van afzonderlijke risico-indicatoren of factoren mogelijk is.

Het gebruik van een enkelvoudige risico-indikator bij de bepaling van een risikogroep, heeft in de praktijk sterk tot de devaluatie van het begrip 'risikogroep' bijgedragen. Enkelvoudige risikofactoren leveren doorgaans slechts een lage identifikatiewaarde op. We hebben de nadelen daarvan reeds eerder genoemd.

Maken we gebruik van meerdere risico-indicatoren dan kunnen hun bijdragen aan de risikovoorspelling het karakter hebben van een additief model dan wel van een multiplikaatief of interaktief model. Bij een ADDITIEF RISIKOKLUSTER is er sprake van meerdere, onafhankelijk van elkaar optredende risico-indicatoren. Iedere toevoeging van een onafhankelijke risico-indikator vergroot de identificerende waarde van het risikokluster. Stel bijvoorbeeld dat op basis van de sociaal-epidemiologische literatuur 'gescheiden zijn', 'vrouw zijn' en 'tot de laagste sociale klasse behoren' ieder als een onafhankelijke risikofaktor mogen worden beschouwd. Dan zal de risikogroep van 'gescheiden vrouwen uit de laagste sociale klasse' een veel hoger risico vertonen dan voor ieder van deze groepen afzonderlijk geldt.

Bij een INTERAKTIEF RISIKOKLUSTER is de hoogte van het verwachte risico mede afhankelijk van de interactie tussen de verschillende indicatoren in het kluster. Met andere woorden de aanwezigheid van risico A voorspelt pas een significant risico, wanneer zij in combinatie met een andere risico-indikator voorkomt. Ofwel, het effect van risico-indikator A wordt veel groter wanneer indikator B een bepaalde waarde aanneemt. We wezen al eerder op het voorbeeld dat het waarschijnlijk vooral de combinatie tussen stressvolle omstandigheden, een zwak probleemoplossend vermogen en weinig mogelijkheden tot sociale ondersteuning is die een hoog risico op het ontstaan van psychosociale stoornissen oplevert.

We konkluderen uit het voorgaande dat de effectiviteit van de AGGZ-preventie zou kunnen worden verhoogd, wanneer de doelgroepen (lees: risikogroepen) worden gedefinieerd door een risikokluster in plaats van een enkelvoudige risico-indikator.



Figuur 3.1 Schematische weergave van de risikobenadering

In figuur 3.1 hebben we verschillende begrippen uit de voorgaande paragrafen schematisch samengevat. Uitgangspunt vormt de behoefte aan informatie over de aanwezigheid en het ontstaan van psychosociale risico's en hun differentiele spreiding in de bevolking. Op grond van deze informatiebehoefte wordt een risico-analyse uitgevoerd, welke uitmondt in de selectie van een risikogroep. Deze risikogroep vormt de uiteindelijke doelgroep van een te ondernemen preventie-activiteit waarmee men uiteindelijk een verlaging van het gekonstateerde risico beoogt te bereiken. Het sluitstuk van deze cyclus vormt een hernieuwde risico-analyse ter evaluatie van het bereikte effect.

3 3 6 Het nut van risikobenaderingen voor de preventie

In de voorgaande paragrafen hebben we zowel impliciet als expliciet verwezen naar het nut van risikobenaderingen voor de preventie. In het onderstaande vatten we deze samen. Ten aanzien van risikobenaderingen zijn een zestal betekenissen te onderscheiden

1. Het leveren van signalen voor de selectie van preventieve doelgroepen. Gezien de schaarste aan middelen draagt het risikobegrip ertoe bij dat de preventieve AGGZ deze zo ekonomies en maatschappelijk verantwoord mogelijk inzet. Dat wil zeggen, voor die groepen en personen, die deze hulp het meeste nodig hebben gezien hun grotere kans op de ontwikkeling van psychosociale nood, dan wel op het onvoldoende kunnen bevredigen van psychosociale basisbehoeften, zoals b.v. de behoefte aan zelfontplooiing en zelfwaardering.
2. Het opsporen van risico-indicatoren, -klusters en risikogroepen - in prediktieve of lokaliserende zin - kan leiden tot het ontwikkelen van hypothesen over kausale factoren in het ontstaan van psychosociale stoornissen of belemmeringen in de psychosociale ontwikkeling.
3. Signalering via het vaststellen van risikogroepen kan tevens bijdragen tot het overstijgen van individualisering in de hulpverlening. Wanneer via een risico-analyse duidelijk wordt dat individuele bedreigingen van het psychosociale welzijn een zaak is, die een grotere bevolkingscategorie aangaat, biedt dit de mogelijkheid het probleem niet als een individueel, maar als een sociaal-maatschappelijk probleem te zien. Dit schept weer betere mogelijkheden om de sociale en materiele beperkingen waaronder het individu te lijden heeft, te doorbreken. Dit geldt met name wanneer over dit inzicht een kollektief bewustzijn ontstaat.
4. Het bieden van ondersteuning bij keuzen in de strategie-ontwikkeling. Risico-indicatoren kunnen informatie bieden over de plaats waar of het kanaal waarlangs de doelgroep bereikt kan worden. Risikofactoren leveren bruikbare informatie over mogelijke konkrete veranderingsdoelen waarop de preventieve strategie zich zou kunnen richten.
5. De evaluatie van preventieprojecten op hun effect, efficiency en adequaatheid. In het preventieve denken volgens de risikobenadering is het uiteindelijke doel uiter-

aard het verlagen van de bestaande risico's. Dit impliceert dat er niet alleen een risikobepaling zou moeten plaats vinden voorafgaande aan preventieve interventies maar ook na afloop. Aangezien wij binnen het risico-begrip een onderscheid maken tussen het kans-element en het evaluatieve element, hoeft het effect niet alleen gezocht te worden in een verlaging van het kans-element. Het is evenzeer denkbaar dat een preventieve aktiviteit zich richt op het bereiken van een positieve evaluatie van tot nu toe als puur negatief ervaren problemen of deviantieverschijnselen.

6. De risikobenadering kan niet alleen voor de preventieve maar ook voor de kuratieve AGGZ bruikbare informatie opleveren. Risiko's worden immers afgeleid uit de aanwezige psychosociale nood in de verschillende bevolkingsgroepen. Zolang een preventieve aanpak bij risikogroepen nog niet tot een adequaat resultaat heeft geleid, kunnen we juist bij deze groepen de meeste behoefte aan professioneel-kuratieve hulp verwachten.

3 4 ENKELE RISIKO-INDIKATOREN NADER BELICHT VANUIT SOCIAAL-EPIDEMIOLOGIES ONDERZOEK

Als achtergrond voor onze eigen onderzoeksresultaten geven we hier een overzicht van de empiriese ondersteuning die de sociale epidemiologie biedt voor de aanwezigheid van enkele risico-indikatoren. Aangezien ons onderzoek zich vooral richt op sociale selectieprocessen in het hulpzoeken, hebben we ons beperkt tot een aantal risico-indikatoren met een sterk lokaliserende waarde - in sociale en geografiese zin. De meeste gegevens die hierover beschikbaar zijn, zijn gebaseerd op prevalentiestudies, slechts weinigen op incidentiestudies.

Zoals we nog in hoofdstuk 4 en 5 zullen aantonen, hangt de vaststelling van risikogroepen af van het criterium voor de aanwezigheid van een psychosociale stoornis. Op grond van zogenoemde 'ware' prevalentie/incidentiestudies kan men dan ook tot geheel andere konklusies komen dan b.v. op grond van registratie-onderzoek in de huisartsenpraktijk of in de AGGZ.

Gezien de globale aard van het onderzoek zullen we ons vooral richten op algemene risico's ten aanzien van psychosociale stoornissen. In nogal wat epidemiologische studies beperkt men zich daarbij tot subjektieve belevingen van ernstige problematiek, psychoneurotische en psychosomatische stoornissen. Tezamen vormen zij de categorie die in de epidemiologische literatuur wel aangeduid wordt 'minor psychiatric disturbances'. Desondanks vormen zij de overgrote meerderheid van hetgeen aan psychosociale stoornissen in de bevolking voorkomt. Stoornissen die aangeduid worden als psychoties vormen slechts een zeer beperkt deel van de totale prevalentie (Dohrenwend & Dohrenwend, 1969).

Voor de hierna besproken studies gelden nog twee andere beperkingen. De studies gaan alleen over volwassen populaties, dat wil zeggen, alleen over personen van ongeveer 18 jaar en ouder. Verder hebben de indicatoren het karakter van een individuele risico-indikator. Bij de risikobepaling zijn individuen als meeteenheid gebruikt en dus geen buurtkenmerken e.d.

In sommige studies komt een breed scala aan potentiële, lokaliserende risikofactoren aan de orde (Dohrenwend & Dohrenwend, 1969, 1973; Goldberg, 1972; Gurin et al., 1960; King, 1978; Offerhaus e.a., 1978; Marks et al., 1979; Zautra & Goodhart, 1979; Ormel, 1980; Sociaal en Cultureel Rapport, 1980). Andere sociaal-epidemiologische studies hebben zich uitsluitend bezig gehouden met de validiteit van een specifieke risico-indicator, b.v. sociale klasse (Gleiss et al., 1973; Nijhof, 1979), sexe (Kessler et al., 1981; Bauduin, 1980), echtscheiding (Bloom, 1978). Hierna zullen we enkele conclusies schetsen uit een drietal Nederlandse studies die alle een groot aantal risico-indicatoren in hun analyse hebben betrokken. Daarna zullen we van een aantal risico-indicatoren afzonderlijk de literatuurgegevens bespreken.

3.4.1 Risico-indicatoren in een drietal Nederlandse studies

In het rapport "Van Probleem tot Psychiatrie" (Offerhaus et al., 1978) konkluderen de auteurs uit hun onderzoek onder een landelijke steekproef (n=1659) dat de volgende groeperingen als risikogroep kunnen worden aangemerkt:

"de lichamelijk zieken en invaliden, de gescheiden levenden, de bejaarden, de sociaal lagere klassen, terwijl verder gesteld kan worden dat er bij vrouwen meer problemen en stoornissen zijn dan bij mannen en in de grote steden meer dan daarbuiten" en verder "De voormelde 'risicogroepen' blijken geheel in overeenstemming te zijn met gegevens uit de literatuur". (pag. X en XI)

Uit het bevolkingsonderzoek (n=181) van Ormel (1980) kunnen we de volgende conclusies trekken over de verdeling van wel- en onwelbevinden in de bevolking:

- vrouwen rapporteren vaker over psychische klachten, onprettige gevoelens en lichamelijke reacties op stress dan mannen
- bij huisvrouwen werd op een aantal indicatoren meer onwelbevinden gevonden dan bij vrouwen met een betaalde baan
- Mensen met weinig opleiding en een laag inkomen rapporteren minder vaak welbevinden, vaker psychosomatische klachten en vooral vaker maatschappelijk onbehagen dan mensen met een hoger opleidings- en inkomensnivo. Er bleken geen verschillen ten aanzien van psychische klachten en onprettige gevoelens.
- werklozen en arbeidsongeschikten brachten aanmerkelijk vaker onwelbevinden naar voren op alle gebruikte indicatoren dan anderen die nog wel beroepsarbeid verrichten
- er werden geen duidelijke verschillen geconstateerd naar leeftijd, stedelijkheid en tussen alleenstaanden en niet-alleenstaanden

De resultaten, vermeld in het Sociaal en Cultureel Rapport 1980, behoeven enige toelichting. Het rapport omvat een uitvoerige studie naar het bereik van een aantal voorzieningen, de aanwezigheid van problemen en hun relatie met een reeks van persoons- en achtergrondskenners. De gegevens zijn verkregen door samenvoeging en combinatie van een zestal bevolkingsstudies, die per studie een steekproef omvatten variërend van ongeveer 2000 tot ruim 13.000 personen. Als indicatie voor de aanwezigheid van problemen

(pag. 241: 'behoefte-gegevens') is gebruik gemaakt van de VOEG (maat voor lichamelijke reacties op stress) en een indikator voor de ervaring van een reeks uiteenlopende levensproblemen (b.v. met wonen, werk, kinderen). Beide indicatoren leverden nagenoeg dezelfde relaties op met de persoons- en achtergrondskennmerken. Op basis hiervan wijzen de resultaten op het bestaan van de volgende risikogroepen:

Mensen met een laag opleidingsnivo en een laag gezinsinkomen, uitkeringstrekkers, 65-plussers, eenoudergezinnen, mensen die gescheiden zijn zonder kinderen, mensen die wonen in stedelijke gebieden. Vrouwen gaven wel beduidend meer lichamelijke klachten ten gevolge van stress te zien, maar de mannen rapporteerden iets meer levensproblemen (althans die welke in de indikator waren opgenomen).

De overeenkomst tussen de drie studies is het duidelijkst waar het gaat om de volgende RISIKOGROEPEN:

- a. mensen met een lagere sociaal-ekonomiese status, d.w.z. een lager inkomen, een lager opleidingsnivo, en uitkeringstrekkers
- b. mensen die gescheiden zijn
- c. ouderen (65-plussers)
- d. mensen die in stedelijke gebieden wonen
- e. vrouwen

Gaan we ervan uit dat de in deze studies gebruikte probleemindicatoren bij benadering verwijzen naar de aanwezigheid van psychosociale nood, dan mogen we konkluderen dat in ieder geval in de hier genoemde groeperingen sprake is van een extra behoefte aan professionele hulp, zowel in preventieve als kuratieve zin.

De hiervoor besproken resultaten behoeven enige kanttekeningen. De rij met risikogroepen overziend, doet zich het probleem voor dat we in paragraaf 3.2.3 reeds hebben aangekaart. Wanneer we de categorieën a tot en met e samenvoegen, dan zouden we inderdaad moeten konkluderen dat ongeveer 80% van de bevolking tot een risikogroep behoort. Daarmee zou de risikobenadering aan haar doel voorbij schieten. Dit probleem doet zich voor omdat de identifikatiewaarde van de afzonderlijke risico-indicatoren weliswaar significant, maar feitelijk toch erg laag is. De identifikatiewaarde van de indicatoren 'uitkeringstrekker' en 'gescheiden levend' zijn relatief nog het hoogst en de indikator 'vrouw zijn' het laagst. Zoals we eerder hebben toegelicht (par. 3.3.5) kan de identifikatiewaarde van een risikogroep worden verhoogd door meerdere risico-indicatoren te combineren. Dit gaat echter niet of slechts ten dele op wanneer de afzonderlijke risico-indicatoren onderling gerelateerd zijn. Zo is het bekend dat ouderen gemiddeld een lager opleidingsnivo hebben en relatief vaker in stedelijke gebieden wonen. Hoe onafhankelijker de risico-indicatoren zijn hoe meer identificerende waarde zij aan elkaar toevoegen. Zo bleek dat vrouwen met een laag opleidingsnivo extra opvallen door veel lichamelijke klachten ten gevolge van stress. Daar staat tegenover dat de mannen met een laag opleidingsnivo juist opvallen doordat zij meer levensproblemen rapporteren (S.C.R., 1980. pag. 371).

Dohrenwend en Dohrenwend (1969) konkludeerden dat sexe geen consistent beeld oplevert, hoewel zij wel wat meer studies vonden waarbij vrouwen in vergelijking tot mannen hogere risico's bleken te vertonen. Uitsplitsing naar typen stoornis (volgens de klassieke indeling) bleek geen verschillen op te leveren voor psychosen, maar wel voor psychoneurotische aandoeningen en voor persoonlijkheidsstoornissen. Neurotische stoornissen blijken vrij consistent bij vrouwen een hoger risico op te leveren dan bij mannen, terwijl voor persoonlijkheidsstoornissen het omgekeerde geldt. Ook Gurin et al. (1960), Bradburn (1969), Goldberg (1972), Warheit et al. (1976), Marks et al. (1979), Kessler et al. (1981) en voor Nederland Offerhaus et al. (1978) en Ormel (1980) vonden ieder in hun bevolkingsstudies hogere symptoomscores voor vrouwen dan voor mannen. Nogmaals, al deze studies beperken zich tot het voorkomen van probleembelevingen, en symptomen van psychoneurotische en psychosomatische aard.

Van verschillende zijden zijn er bij dergelijke gegevens inmiddels de nodige kanttekeningen geplaatst. Zo toonden Kessler et al. (1981) aan dat de gevonden sexe-verschillen minstens voor een deel terug te voeren zijn tot een grotere neiging bij vrouwen om niet-specifieke gevoelens van onwelbevinden te vertalen in een bewuste herkenning van emotionele problematiek. Deze cijfers zouden dus niet alleen verschillen in ware prevalentie, maar ook in herkenningsneiging weerspiegelen.

Een andere kritiek betreft het veel te globale karakter van de categorie 'vrouwen' (Gove, 1972). Hij konkludeert uit een inventarisatie van de literatuur dat het hogere risico bij vrouwen alleen opgaat voor de gehuwde vrouwen. Alleenstaande vrouwen zouden zelfs een lager risico vertonen. Het problematische van deze studie is echter dat hierbij geen onderscheid gemaakt wordt tussen onderzoeken naar de ware prevalentie en de behandelingsprevalentie. Het laatste type studie overweegt in zijn inventarisatie. De conclusies kunnen daardoor vertekend zijn vanwege sociale selectie-processen in het hulpzoeken. Warheit et al. (1976) onderzochten de conclusies van Gove en de zijnen via een zeer omvangrijke bevolkingsstudie. Zij konkludeerden dat het hogere risico bij vrouwen overeind blijft bij alle categorieën van de burgerlijke staat en ook na controle voor andere sociaal-demografische kenmerken.

Vanuit het oogpunt van doelgroepselectie voor preventie lijkt het desondanks de moeite waard om na te gaan of er niet bepaalde groepen vrouwen zijn die binnen hun sexe opvallen door een extra groot risico. Als een duidelijk voorbeeld hiervan wordt, met name door de vrouwenstudies, op de categorie 'huishoudsters' gewezen (Van Bussel, 1982). Hoewel hierover reeds veel geschreven is dat de veronderstelling aannemelijk maakt dat huishoudsters een extra hoge risikogroep vormen, is hiervoor tot nu toe nog betrekkelijk weinig epidemiologisch bewijsmateriaal aangevoerd. Dit heeft overigens niet zozeer te maken met het vinden van andere onderzoeksresultaten, maar vooral met het ontbreken van onderzoeksgegevens op dit punt. Bauduin (1980) konkludeert in haar artikel 'Vrouwen in tel' hierover het volgende:

"Bovenaanstaande analyse van de werk- en leefsituatie van de traditionele huishoudster laat zien dat als enige kwantitatieve uitspraak gesteld kan worden dat huishoudsters groot risico lopen psychosomatische aandoeningen te ontwikkelen, daarmee naar de huisarts te gaan en psychofarmaca of slaapmiddelen voorgeschreven krijgen. Of dit ri-

sico voor hen groter is dan voor hun echtgenoten bijvoorbeeld, of voor ongehuwde vrouwen of voor andere categorieën vrouwen of mannen, blijkt niet." (pag. 485-486)

Ormel's studie biedt hiervoor echter wel een positieve indicatie. Voorts kwam ook in gesprekken met de huisarts in onze onderzoeksgemeente (hoofdstuk 6) naar voren dat ook hij in zijn praktijk de huisvrouwen en met name de jongere huisvrouwen als een 'risikogroep' onderkende. Voor ons vormde dit tezamen met de indrukken uit de literatuur in ieder geval voldoende aanleiding om de groep huisvrouwen specifieke aandacht te geven in ons onderzoek. Een andere groep vrouwen die in de literatuur als een extra hoge risikogroep wordt aangemerkt zijn de vrouwen uit de lagere sociale klassen. Zowel op basis van hun literatuur-analyse als op basis van hun sekundaire analyse op de resultaten van het Bavo-onderzoek (Offerhaus e.a., 1978) vonden Miedema en Blasing (1980) hiervoor enige steun.

3 4 3 Leeftijd

Leeftijd blijkt volgens het overzicht van Dohrenwend en Dohrenwend (1969) geen consistent beeld op te leveren, noch voor wat betreft psychosociale stoornissen in het algemeen en evenmin na een uitsplitsing naar psychoneurosen, psychosen en persoonlijkheidsstoornissen. Gurin et al. (1960), Goldberg (1972) en King (1978) komen tot dezelfde conclusie. Ormel (1980) vond weliswaar dat prettige gevoelens afnemen en het maatschappelijk onbehagen stijgt met de leeftijd, maar vond geen samenhang met de onprettige gevoelens, de lichamelijke en psychische klachten. Hij heeft de relatie met leeftijd echter alleen als rechtlijnig verband onderzocht en niet de afzonderlijke leeftijdscategorieën vergeleken. In andere studies waar dit wel gebeurt (Offerhaus et al., 1978, CBS, 1977, S.C.R., 1980) blijken de ouderen wel als risikogroep naar voren te komen.

We konkluderen dat er voor leeftijd geen eenduidigheid is in de besproken studies. De groep ouderen komt nog het meest duidelijk als risikogroep naar voren. In de crisistheorie (Caplan & Grunebaum, 1967) wordt aan de overgang van de ene naar de andere levensfase een extra psychosociaal risico toegeschreven. Indien deze veronderstelling juist is, dan moeten we uit het voorgaande konkluderen dat de start van de verschillende levensfasen kennelijk minder aan de werkelijke leeftijd is gebonden dan traditioneel wel wordt verondersteld. Verder geldt ook hier dat specifiekere voorspellingen mogelijk zijn wanneer we een leeftijdsgroep combineren met een andere risico-indikator

3 4 4 Burgerlijke staat

Vrij algemeen wordt gekonkludeerd dat mensen die formeel gescheiden zijn of gescheiden leven een duidelijke risikogroep vormen (Goldberg, 1972, Warheit et al., 1976, Offerhaus et al., 1978, Bloom, 1978, Marks et al., 1979, Zautra & Goodhart, 1979, S.C.R., 1980). Bovendien is in een aantal van deze studies aangetoond dat de gescheiden staat duidelijk

een 'algemeen' risico lokaliseert. Uit de genoemde literatuur blijkt dat personen die gescheiden zijn of gescheiden leven een significant grotere kans hebben op: minder levenssatisfactie en geluksgevoelens, meer psychiatrische symptomen en stoornissen, allerlei lichamelijke ziekten, alcoholverslaving, suïcides, auto-ongelukken, overlijden door moord, en een hogere sterftekans in het algemeen.

De gehuwden daarentegen vertonen consistent de laagste risico's. De verklaringen voor dit lage risico lopen echter zeer uiteen zoals Bloom (1978) heeft uiteengezet. Omdat we ons hier beperken tot het lokalisatie-aspekt zullen we niet op de verklaringen van dit resultaat ingaan. De ongehuwden en degenen die in een weduwstaat verkeren nemen ten opzichte van het bevolkingsgemiddelde doorgaans een niet significante middenpositie in.

Hoewel er in de preventie nogal wat aandacht wordt besteed aan alleenstaanden, hebben we in de epidemiologische literatuur tot nu toe geen aanwijzingen gevonden om de 'alleenwonenden' als een risikogroep te beschouwen, voorzover het althans niet de gescheiden alleenstaande betreft.

3 4 5 Sociaal-ekonomiese status (SES)

Sociaal-ekonomiese status vormt een ruim begrip. Voor de operationalisatie ervan worden in de epidemiologie tal van indicatoren gebruikt. De belangrijkste zijn: beroep, inkomen, opleiding, het karakter van de woning of de woonbuurt, de aard van het werk en de status van werkende, resp. niet-werkende (werkeloos, wao-er). De literatuur is hier eveneens vrij consistent in haar konklusie dat er een samenhang bestaat tussen de SES en de preventie/incidentie van psychosociale stoornissen (Dohrenwend en Dohrenwend, 1969, 1973; Goldberg, 1972; Gleiss et al., 1973, Offerhaus et al., 1978; Marks et al., 1979; Zautra & Goodhart, 1979; Nijhof, 1979, S.C.R., 1980). In hun literatuuroverzicht konkluderen Gleiss et al. dat de verbanden met prevalentiecijfers duidelijk hoger zijn dan de incidentiecijfers. Dit wordt geïnterpreteerd als een bewijs voor de veronderstelling dat de SES niet alleen een rol speelt bij het ontstaan van psychosociale stoornissen maar ook bij het oplossen van de problematiek, het hulpzoeken en de hulpverlening.

Voorts is het verband met de SES doorgaans niet rechtlijnig. Het is vooral de laagste SES-groep (met name de ongeschoolde arbeiders) die er als risikogroep uitspringt.

Komplikerend is verder dat het gevonden verband niet opgaat voor alle hoofdgroepen uit de klassieke psychiatrische indeling. Dohrenwend en Dohrenwend (1969) vonden wel een consistent verband ten aanzien van schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen, maar niet voor psychosen in het algemeen en voor neurosen. Gurin en de zijnen (1960) konkluderden uit hun nationale studie dat vooral psychosomatische symptomen typerend zijn voor de lagere SES-groepen, terwijl psychologische symptomen meer typerend zijn voor de middengroepen. De hogere prevalentie van vooral psychosomatische klachten in de lagere SES-groepen wordt ook bevestigd door Ormel (1980), Cassee (1973), Nijhof (1979) en het S.C.R. (1980).

Een specifieke categorie vormen de werklozen en arbeidsongeschikten. Zoals reeds eerder bleek uit de drie Nederlandse studies vormen zij een duidelijke risikogroep.

Een beroepskategorie die in de literatuur eveneens als risikogroep wordt aangemerkt, zijn de ploegenarbeiders (IPSO, 1974; Hak et al., 1979; Thierry te Huizen et al., 1979).

3.4.6 Godsdienst

Over de relatie tussen godsdienst en het risico op psychosociale nood is vanuit de epidemiologische literatuur niet zoveel bekend. Jenkins (1979) stelt dat participatie aan godsdienstige activiteiten reeds lang door vele samenlevingen beschouwd is als een sociaal-kulturele bron welke mensen beschermt tegen lichamelijke en geestelijke ziekten. In de epidemiologische literatuur vond hij inderdaad aanwijzingen voor een lager sterftecijfer ten gevolge van hart- en vaatziekten onder de 'godsdienstig aktieven'. In zijn eigen studie vond Jenkins geen relatie met religieuze voorkeur. Kerkbezoek bleek echter wel tamelijk sterke verbanden te vertonen met verschillende typen van psychosociale problematiek. Mensen die nooit kerkdiensten bezochten hadden een symptoomscore die tweemaal zo hoog was als van het kerkbezoekende deel. Het preventieve effect bleek het grootst te zijn bij een middelmatig stress-nivo. Ook het Leefsituatie Survey komt tot de konklusie dat een grotere betrokkenheid bij een kerk (=meer kerkgang) samengaat met minder algemene deprivatie (Sociaal Cultureel Rapport, 1978). Het is echter zeer goed mogelijk dat dit verband voortkomt uit de leeftijdsverschillen tussen godsdienstig aktieven en niet-aktieven.

3.4.7 Urbanisatiegraad

Hierover zijn volgens de Dohrenwends slechts weinig studies beschikbaar (Dohrenwend & Dohrenwend, 1973; Dohrenwend, 1975). Van de elf studies waarover zij rapporteren bleek in acht gevallen het algemene risico hoger te zijn in de steden dan in het platteland. De verschillen waren echter niet zo groot. De verschillen zijn het grootst als het platteland wordt vergeleken met de 'grote steden'. We vinden hier hetzelfde beeld als in de drie Nederlandse studies.

3.5 SAMENVATTING

Bij de bepaling van behoeften aan preventieve en kuratieve hulp speelt signalering van risikogroepen en risikofactoren een belangrijke rol. Zowel in de praktijk als in de literatuur blijken deze begrippen op verschillende wijzen te worden gebruikt en theorieën weinig te zijn onderbouwd. Dit geeft tot veel verwarring aanleiding en zelfs tot een devaluatie van de risikobenadering. Willen we van deze benadering een ondersteunende bijdrage verwachten voor het preventiebeleid, dan is hiervoor een meer gespecificeerd en nauwkeuriger omschreven begrippenkader nodig. In dit hoofdstuk hebben

we daartoe een bijdrage geleverd door de volgende begrippen te onderscheiden en te omschrijven:

signaal, signaleren, signaalreactie, risico, risikobenadering, objectieve versus subjectieve risico's, incidentie- versus prevalentie-risico's, absolute versus relatieve risico's, specifieke versus algemene risico's, risico-indicatoren en risikofactoren, individuele versus sociale risico-indicatoren, risico-kluster, additieve versus interactieve risikoklusters, risikogroep, signaalwaarde, identifikatiewaarde, lokalisatiewaarde, vroegtijdigheid, interventiewaarde, en de waarde van de negatieve bij-effecten. In figuur 3.2 hebben we deze begrippen, hun onderlinge relaties en hun verhouding tot het preventieve handelen schematisch weergegeven.

Centraal in ons betoog staat de uitsplitsing van het risico-begrip in een kans-aspekt en een evaluatie-aspekt. Beide kunnen uiteindelijk object van interventie zijn. Interventies kunnen zowel gericht zijn op het verkleinen van de kans op een ongewenste ontwikkeling, als op het inperken van de schadelijkheid of ongewenstheid van de verwachte gevolgen. De bijdrage van de sociale epidemiologie ligt op de eerste plaats in het verschaffen van informatie over de verwachte incidentie en prevalentie(kans-aspekt) en in het opsporen van risikofactoren. De evaluatie van de gevolgen als 'schadelijk' of 'ongewenst', is in eerste instantie een zaak van maatschappelijke en individuele waarden en normen. Sociaal-epidemiologisch onderzoek kan hieraan een bijdrage leveren door de aard van de gevolgen nader te specificeren of door de maatschappelijke en individuele evaluaties hiervan te inventariseren.

Uit de literatuurbespreking van een aantal lokaliserende risico-indicatoren bleek dat er bij de volgende bevolkingsgroepen sprake is van een relatief hoger¹⁾ risico op psychosociale stoornissen van niet-psychotische aard lichamelijk zieken en invaliden, gescheiden levenden (m.n. de éénundergezinnen), ouderen (65-plussers), vrouwen, mensen uit lagere sociaal-ekonomische groeperingen, werklozen, arbeidsongeschikten, ploegenarbeiders, en mensen die in stedelijke gebieden wonen. Hoewel de risico's in deze categorieën significant hoger zijn, is de identifikatiewaarde van deze indicatoren vaak betrekkelijk laag. Om voor de preventieve AGGZ risikogroepen te selektieren, verdient het aanbeveling om een risikogroep via meerdere risico-indicatoren te definiëren.

Uit hoofdstuk 2 werd reeds duidelijk dat inzicht in de verhouding tussen hulpbehoefte en hulpvragen bij de AGGZ afhankelijk is van inzicht in het hulpzoekgedrag. Wat is nu de relatie tussen hulpzoekgedrag en de risikobenadering?

We hebben verondersteld dat de professionele hulpbehoefte afhankelijk is van de mate waarin informele hulp beschikbaar en toegankelijk is. Bij de bepaling van het risico op psychosociale nood vormt dus ook deze beschikbaarheid en toegankelijkheid van informele hulp een risikofactor, mits hiervoor althans voldoende empirische ondersteuning kan worden gevonden. Het versterken van de mogelijkheden voor informele ondersteuning vormt een bijdrage aan de primaire preventie. Voorzover het specifiek gaat om de behoefte aan kuratieve AGGZ-hulp vormt ook een beperkte beschikbaarheid en toegankelijkheid van

¹⁾ Hierbij is alleen het kans-aspekt als criterium gebruikt.

eerstelijns hulp een risikofactor. Het wegnemen van deze risikofactor voor degenen die aan deze hulp behoefte hebben, vormt een bijdrage aan de sekundaire preventie.

Een tweede raakvlak betreft de vraag in hoeverre het mogelijk is op basis van registratiegegevens in de eerste of tweede lijn risikogroepen voor de preventieve AGGZ op te sporen. De validiteit van een dergelijke risikobepaling is afhankelijk van de mate waarin het hulpzoeken en de feitelijke hulpvraag de ware prevalentie aan psychosociale nood in de bevolking weerspiegelt. Wanneer er duidelijke aanwijzingen zijn, dat de kuratief-professionele hulpbehoefte in de bevolking en de feitelijke hulpvraag in de AGGZ wezenlijk van elkaar verschillen dan zijn registratiegegevens een onvoldoende bron voor het opsporen van risikogroepen.

Wanneer via externe informatiebronnen risikogroepen worden opgespoord, dan bieden deze niet alleen relevante informatie voor het selekteren van preventieve doelgroepen. Risikogroepen bieden tevens informatie voor het kuratieve beleid van de AGGZ, omdat ook in deze groepen de meeste kuratieve hulpbehoefte mag worden verwacht.

4 het 'top van de ijsberg' fenomeen

4.1 INLEIDING

De beide vorige hoofdstukken waren gebaseerd op de veel gehoorde kritiek, dat er iets mis is in de verhouding tussen het voorkomen van psychosociale nood in de bevolking, het hulpaanbod van professionele voorzieningen, en het feitelijk gebruik daarvan. In dit hoofdstuk geven we een overzicht van resultaten van sociaal-epidemiologisch onderzoek over deze verhouding, teneinde te kunnen beoordelen in hoeverre voor de genoemde kritiek empirische ondersteuning bestaat.

Er zijn een beperkt aantal ziekten waarvan vermoedelijk alle of bijna alle gevallen in een vroeger of later stadium bij de gezondheidszorg terecht komen. Voorbeelden hiervan zijn polio, nekkramp, ernstige brandwonden en schedelbasisfracturen. De behandelingscijfers komen in dit soort gevallen vrijwel overeen met de ware prevalentie en incidentie in de bevolking. Echter, zoals uit de hier gepresenteerde studies zal blijken, is er voor de meeste ziekten of stoornissen - met name op het terrein van de geestelijke gezondheid - reden om aan te nemen dat behandelingscijfers slechts een deel, en vaak een klein deel, vormen van alle min of meer vergelijkbare gevallen in de samenleving.

De epidemioloog Morris, zeer bekend door zijn publikatie 'Uses of Epidemiology' uit 1957, leverde in deze publikatie reeds onderzoeksgegevens die het voorgaande ondersteunen. Hij wijst nadrukkelijk op de betekenis van dit verschijnsel voor de gezondheidszorg en beschouwt onderzoek naar de niet-behandelde stoornissen in de bevolking als een van de 7 deelgebieden van de epidemiologie. Voor dit deelgebied gebruikt hij de titel 'Verbreiding van de klinische horizon'. Het beeld dat 'clinici' zich van stoornissen en

hun achtergronden vormen op basis van hun praktijk en van klinies onderzoek is volgens Morris vertekend, aangezien zij slechts met een klein en selectief deel van de ware prevalentie kontakt hebben. Epidemiologies onderzoek kan hier voor de noodzakelijke aanvulling en verbreding zorgen. Hij was een van de eersten die voor dit verschijnsel de inmiddels bekende metafoor van de 'top van de ijsberg' gebruikte (pag. 118).

Vooraf in studies omtrent de huisartspraktijk is deze metafoor veel gebruikt. Het artikel 'The iceberg' van Last uit 1963 vormt een van de oudste voorbeelden hiervan. Geïnspireerd op Morris' opvattingen vergelijkt hij een groot aantal ziekten op hun voorkomen, respectievelijk in de samenleving en in de huisartspraktijk. Voor het merendeel daarvan, waaronder ook de categorie 'psychiatrische stoornissen', bevestigt hij de hierboven genoemde stelling. Een ander bekend voorbeeld vormt de dissertatie van Folmer (1968) onder de titel 'Huisarts en ijsberg'. Hij toonde eveneens aan dat slechts een beperkt deel van de ervaren lichamelijke klachten aan de huisarts wordt gepresenteerd. Ook Mechanic (1977) komt op basis van de epidemiologische literatuur tot de konklusie dat:

"patient-physician contacts involve symptoms and illnesses widely distributed in the population and more frequently untreated than treated." (pag. 80)

In paragraaf 4.2 en 4.3 gaan we nader in op de metafoor van de 'top van de ijsberg'. Nadat we een beeld hebben gegeven van de verschillende achtergronden van waaruit het 'ijsberg-onderzoek' is verricht (par. 4.4), geven we in paragraaf 4.5 een overzicht van het beschikbare, empiries materiaal. Na een kritiese evaluatie van deze studies (par. 4.5.4 en 4.6), gaan we nader in op hun beleidsmatige betekenis voor de AGGZ (par. 4.7). Tenslotte bespreken we in paragraaf 4.8 een aantal mogelijkheden waarlangs het verschil tussen de feitelijke vraag om kuratieve hulp en de werkelijke behoefte aan dergelijke hulp in de samenleving kan worden opgeheven. We besteden daarbij met name aandacht aan de rol die de preventieve zorg daarb i kan vervullen.

4.2 DE 'TOP VAN DE IJSBERG'-METAFOOR

Het is typerend voor een ijsberg dat we boven de waterspiegel slechts een klein gedeelte van de gehele ijsberg zien. Het grootste gedeelte bevindt zich onder water en is voor de oppervlakkige waarnemer onzichtbaar. De 'top van de ijsberg' is tegenwoordig een algemeen gebruikte metafoor in de Nederlandse taal om te verwijzen naar "een klein deel dat zichtbaar is of wordt van een omvangrijke zaak" (Van Dale, 1976). Meestal gaat het gebruik van deze metafoor gepaard met een negatieve evaluatie er is te veel verborgen, er is te weinig zichtbaar.

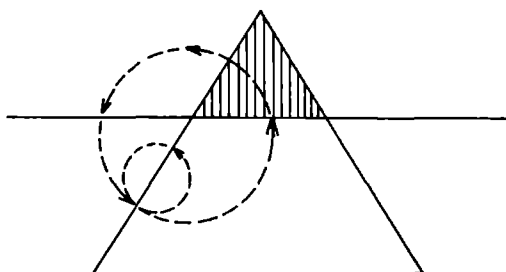
De ijsberg-metafoor is overigens niet specifiek voor de gezondheidszorg, maar wordt tegenwoordig ook in tal van andere sectoren gebruikt. Een bekend voorbeeld hiervan biedt de kriminologie. Hier wordt met de 'top van de ijsberg' bedoeld op het grote aantal niet-ontdekte wetsovertredingen, de z.g. verborgen kriminaliteit, in verhouding tot de geregistreeerde kriminaliteit.

Aangezien de toepassing van dit beeld op de geestelijke gezondheidssituatie een centraal thema vormt van deze studie, zullen we de verschillende onderdelen van de metafoor

nader definiëren. We onderscheiden de volgende vijf elementen: de ijsberg, het zichtbare deel ofwel de top, het onzichtbare deel, het water en de waterspiegel. De IJSBERG vertegenwoordigt alle gevallen van psychosociale nood in de samenleving (ware prevalentie). We zullen hiervoor de term 'psychosociale ijsberg' gebruiken¹). Het WATER symboliseert het gedeelte van de samenleving waar op een bepaald moment of gedurende een bepaalde periode geen psychosociale nood aanwezig is. De TOP verwijst naar dat gedeelte van de nood dat in de professionele gezondheidszorg of hulpverlening zichtbaar wordt via een expliciete hulpvraag of via gedwongen behandeling. Het ONDER WATER LIGGENDE DEEL is echter gelijk aan de psychosociale nood waaraan geen professionele hulp wordt verleend en dus in de hulpverlening niet zichtbaar is. De WATERSPIEGEL representeert het criterium op grond waarvan beoordeeld wordt of er al dan niet sprake is van professionele hulp (b.v. eerstelijns hulp, AGGZ-hulp, opname in een psychiatrische inrichting).

'Niet zichtbaar' hoeft overigens niet te betekenen dat de betreffende persoon geen contact heeft met professionele hulpverleners. Is er immers contact, dan hoeft dit nog niet te betekenen dat alle aanwezige problemen in dat contact 'boven water' komen. In een artikel dat de gelijknamige titel draagt 'Het onzichtbare deel van de ijsberg' stelt Laffree (1973, pag. 177) dat een groot gedeelte van de psychosociale ijsberg onzichtbaar blijft omdat de betreffende problematiek op een somatische wijze wordt aangeboden, en - wij vullen aan - door de arts als zodanig wordt gediagnosticeerd. Het beeld van de ijsberg lijkt vrij staties, maar dat is in werkelijkheid noch in de natuur, noch binnen onze vergelijking het geval.

Een gedeelte van de top verdampt of smelt en komt via neerslag weer in het water terecht; een gedeelte van het onderwater liggende deel wordt op haar beurt top, en bij zeer lage temperaturen groeit het onderwater liggende deel door bevriezing van het water. Bij een hogere temperatuur van het water smelt een deel van het onderwaterliggende gedeelte en neemt de ijsberg in omvang af. Een ijsberg is dus voortdurend in beweging (fig. 4.1).



Figuur 4.1 'Top van de ijsberg'-fenomeen

Toegepast op de geestelijke gezondheidssituatie: het zichtbare deel van de psychosociale morbiditeit wordt kleiner doordat onder invloed van professionele hulp steeds een gedeelte van de behandelde personen 'terugkeren' naar de samenleving. Anderzijds ontstaan er in die samenleving voortdurend weer nieuwe gevallen die de ware prevalentie weer doen toenemen. Een deel hiervan leidt vervolgens weer tot een zichtbare hulpvraag bij de professionele zorg. Het is ook mogelijk dat een deel van de 'onzichtbare' psychosociale nood in de samenleving langs andere wegen dan professionele hulp wordt opge-

¹) Verwarrend is dat in sommige studies, blijkens hun operationalisatie, de ijsberg veel ruimer wordt gedefinieerd, nl. als alle gevallen van psychosociale problematiek. In onze opvattingen kan dit niet gelijk gesteld worden aan de behoefte aan professionele hulp.

lost. In de literatuur wordt dit wel aangeduid als 'spontaan herstel'. Maar ook een geslaagde suïcide valt onder dit gedeelte, wanneer de betrokken persoon in de voorafgaande periode geen professionele hulp heeft ontvangen. Kortom, de ijsberg representeert dus geen staties maar een dynamies model. Wanneer we hierna de processen willen aanduiden waarnaar deze metafoor van de 'top van de ijsberg' verwijst, zullen we kortweg spreken van: HET IJSBERG-FENOMEEN¹⁾.

In de hulpverlening en de epidemiologie worden naast het beeld van de ijsberg ook tal van andere termen gebruikt die naar hetzelfde thema verwijzen. In epidemiologische begrippen uitgedrukt gaat het om het verschil tussen de zogenoemde 'ware' prevalentie en de behandelde prevalentie. Lafaille spreekt over de problematiek van het 'dark number' (1978, pag. 212), Iemhof over 'verborgen morbiditeit' (1979, pag. 58), Touw-Otten e.a. over de 'premediese fase' (1978, pag. 240), Morris over 'subkliniese ziekten' (1964, pag. 129) en Vissers over 'latente behoeften' (1977, pag. 24). Met al deze termen wordt steeds op het onzichtbare deel van de ijsberg gedoeld. De verscheidenheid aan termen duidt reeds op de verschillen in achtergrond en invalshoek vanwaaruit men zich met hetzelfde fenomeen heeft bezig gehouden (par. 4.4).

4.3 DE TWEE HYPOTHESEN VAN HET IJSBERG-FENOMEEN

In de sociale epidemiologie van psychosociale stoornissen vertegenwoordigt het ijsberg-fenomeen een tweetal hypothesen. De EERSTE HYPOTHESE is uit het voorgaande inmiddels wel duidelijk geworden: De psychosociale hulpvraag bij de professionele zorg vormt slechts een klein gedeelte van de psychosociale nood in de bevolking. Het overgrote deel van deze nood blijft buiten de directe invloedssfeer van de professionele hulpverlening.

De TWEEDE HYPOTHESE handelt over de wijze waarop de zichtbare top van de psychosociale ijsberg ontstaat, dus over de aard van de processen die zich IN de ijsberg afspelen. Deze hypothese luidt: Of mensen met psychosociale nood professionele hulp ontvangen is afhankelijk van een proces van sociale selectie. Hiermee wordt bedoeld dat de kans op het verkrijgen van professionele hulp, respectievelijk bepaalde professionele hulp, niet zozeer bepaald wordt door de aanwezige problematiek, maar onafhankelijk daarvan door een reeks sociale factoren, zoals b.v. de sociale klasse-positie, sexe en houdingen ten aanzien van hulpverleningsinstanties.

Achter beide hypothesen gaat een normerende opvatting schuil over de relatie tussen professionele hulpverlening en hulpbehoefte, hoewel deze meestal niet wordt geëxpliciteerd. De norm achter de eerste hypothese luidt: in principe moet er voor iedereen professionele hulp beschikbaar zijn die daaraan op basis van een noodsituatie in subjeektieve en/of objektieve zin behoefte heeft. Onderzoek lijkt erop te wijzen dat dit

¹⁾ Het hier beschreven fenomeen komt overeen met het onderscheid dat we in hoofdstuk 2 (fig. 2.1) gemaakt hebben tussen 'objektieve' hulpbehoefte en feitelijke hulpvraag. In de hier besproken metafoor laten we het onderscheid tussen subjeektieve en 'objektieve' hulpbehoefte buiten beschouwing; ditzelfde geldt voor dat gedeelte van de feitelijke hulpvraag, waarbij geen 'objektieve' hulpbehoefte wordt verondersteld (overkonsumptie).

ideaal nog lang niet bereikt is. De beperkte overheidsmiddelen, zeker onder de huidige economische omstandigheden, maken het bovendien niet waarschijnlijk dat een dergelijk ideaal - ondanks de regionalisering - op korte termijn gerealiseerd zal worden. Het is nog steeds een open vraag hoe aan deze norm in de praktijk het beste gestalte zou kunnen worden gegeven.

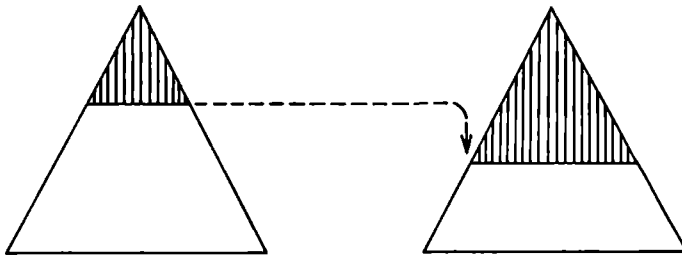
Vanuit dit schaarste-gegeven en mede vanuit de sociaal-politieke opvatting dat iedereen gelijke kansen dient te hebben op geluk en ontplooiing, ongeacht ras, sexe, inkomen en andere sociale kenmerken, is de norm achter de tweede hypothese ontstaan. Deze luidt: iedereen dient een gelijke kans te hebben op adequate professionele hulp. In de praktijk is er echter sprake van sociale ongelijkheid (Gleiss et al., 1973; Greenley & Mechanic, 1976). Voor sommige sociale groepen lijkt de kans op dergelijke hulp aanzienlijk kleiner dan voor andere groepen. De hiervoor genoemde norm impliceert niet noodzakelijk dat ook aan alle sociale groepen evenveel hulp gegeven zou moeten worden. Psychosociale nood blijkt immers ongelijk verdeeld te zijn over de sociale groeperingen in de samenleving (par. 3.4). Gezien de schaarste aan professionele hulp kan men daarom juist doelbewust kiezen voor een concentratie op die sociale groeperingen die deze hulp het meeste nodig hebben, gezien de omvang en de ernst van hun problematiek. Het werken met risikogroepen, vormt daartoe in ieder geval een aanzet zoals we in het vorige hoofdstuk hebben toegelicht.

4.4 ACHTERGRONDEN VAN STUDIES OVER HET IJSBERG-FENOMEEN

De studies die in paragraaf 4.5 worden besproken en waarin het bestaan van een ijsberg-fenomeen zal worden aangetoond komen uit zeer uiteenlopende motieven voort. Sommige hebben een beleidsgerichte achtergrond, andere zijn uitgevoerd op grond van epidemiologische vragen van strikt theoretische of methodologische aard. Om een beter inzicht te kunnen krijgen in de betekenis van het ijsberg-fenomeen geven we hieronder een schets van de belangrijkste motivaties.

4.4.1 Adequate afstemming van hulpaanbod op hulpbehoefte

Over deze motivatie kunnen we kort zijn omdat we hoofdstuk 2 hieraan reeds hebben gewijd. Samengevat komt deze motivatie voort uit een verschuiving binnen AGGZ van een selectieve aandacht voor de patiënt naar een breder aandachtsveld, nl. de bevolking en haar geestelijke gezondheidssituatie. Via drempelverlaging, spreiding van de hulpverleningsorganisatie, capaciteitsuitbreiding en efficiëntere hulpverleningsmethoden beoogt men bij een groter gedeelte van de aanwezige psychosociale nood hulp te bieden.



Figuur 4.2

4 4 2 Evaluatie van de toename van de hulpvraag bij professionele instanties

Zowel in de eerstelijnsgezondheidszorg als in de AGGZ is de psychosociale hulpvraag de afgelopen 15 jaar sterk toegenomen¹⁾. Daarvoor zijn vele verklaringen mogelijk.

Men zou kunnen stellen dat door de uitbreiding van het aantal voorzieningen voor psychosociale hulp een steeds groter deel van de bestaande behoefte aan hulp wordt gedekt. Verder zou het kunnen zijn dat de kennis en de bereikbaarheid van deze instanties voor het publiek zijn toegenomen. Zo brengt de AGGZ-hulp b.v. geen extra kosten voor de klient meer met zich mee. Geleidelijk aan lijkt ook de stigmatisering en de taboe-sfeer rond thema's als 'psychiatrische hulp', 'in therapie zijn' en 'psychiatrische patiënt' te verminderen. Termen als 'psychies gestoord' ruimen ook in het hulpverleningscircuit zelf steeds vaker het veld voor alledaagse uitdrukkingen als in problemen zitten, overspannen zijn, het niet meer aankunnen en levensmoeilijkheden. Via de massamedia is men meer vertrouwd geraakt met het hulpzoeken bij professionele hulpverleners.

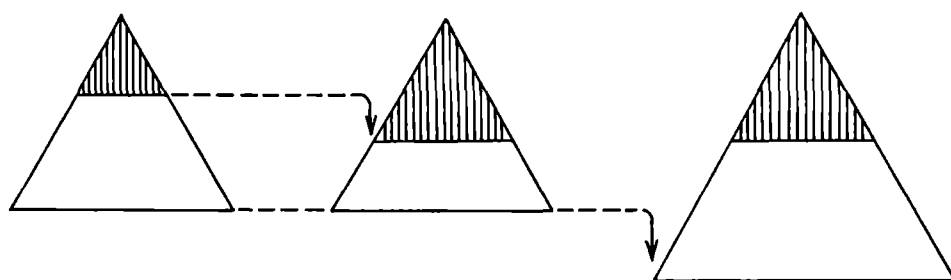
De massamediale aandacht voor het 'psychosociale' kan er in negatieve zin ook toe bijgedragen hebben, dat het zoeken van professionele psychosociale hulp een 'modieuze' trend weerspiegelt. Deze draagt het gevaar in zich dat men zich tot gespecialiseerde hulpverleners richt, waar eigen probleemoplossende vermogens of andere vormen van hulp afdoende zouden zijn (Kadushin, 1969).

Meent men b.v. dat de psychosociale hulpverlening van 10 à 15 jaar terug te beperkt

¹⁾ De toename van de hulpvraag blijkt uit de registratiegegevens van de ambulante en de intramurale GGZ. Over de AGGZ zijn geen landelijke cijfers beschikbaar. We baseren ons daarom bij wijze van voorbeeld op een publikatie (nr. 3) over registratiegegevens van de vijf Limburgse RIAGG's (Bayer, 1980). Hieraan hebben we de volgende gegevens ontleend. In de periode 1974 tot 1979 nam het aantal klientsystemen met 57% toe, nl. van 3864 tot 6082. In een van de vijf RIAGG's is het aantal klientsystemen in deze periode zelfs meer dan verdubbeld. Uitgedrukt in het jaarlijks aantal nieuwe klientsystemen per 1000 van de bevolking steeg de behandelingsincidentie over deze periode van 3.7 naar 5.6. Enkele gegevens over de intramurale GGZ vinden we in het NCGV-rapport 'GGZ in getallen - 1980' (De Haen, 1982). Het aantal inschrijvingen in algemene psychiatrische ziekenhuizen steeg tussen 1977 en 1980 met 5% en in de verslavingsklinieken was de stijging zelfs 35%. Over de PAAZ-en waren geen gegevens beschikbaar.

was gezien de behoefte in de samenleving en achtte men de drempel tot het gebruik ervan te hoog, dan moet de toename van de hulpvraag als een positief resultaat gezien worden van de vele pogingen om hierin verandering aan te brengen (fig. 4.3, verklaring 1).

Anderzijds hoort men ook het geluid dat de problemen in de huidige samenleving steeds verder toenemen, alsook de stoornissen die daaruit volgen. Mensen zouden heden-tendage onder sterkere stress-omstandigheden leven dan b.v. zo'n twintig jaar geleden toename van werkloosheid, van het aantal wao-ers, de stagnering van de economie, de snelle maatschappelijke veranderingen, het wegvallen van traditionele normen en waarden, een grote onzekerheid over de toekomst, en de devaluatie van de buurt als leefkern. Vanuit deze visie zou een toename van de hulpvraag niet duiden op een adequaat antwoord van de hulpverlening op de aanwezige behoeften. Integendeel de toename van de hulpvraag komt dan voort uit een toename van de nood (fig. 4.3, verklaring 2). Keren we terug naar de ijsberg-vergelijking dan luidt de onderzoeksvraag Is de zichtbare top groter geworden omdat er relatief een groter gedeelte 'boven water' is gekomen, of omdat de gehele ijsberg groter is geworden? Schematies



Figuur 4.3

verklaring 1

verklaring 2

4 4 3 Opsporen van mogelijkheden voor sekundaire preventie

Met sekundaire preventie wordt bedoeld het verminderen van de prevalentie van psychosociale stoornissen door het verkorten van hun duur middels vroegtijdige onderkenning en vroegtijdige behandeling (Caplan, 1964). Zowel voor Last (1963) als voor Folmer (1968) was juist dit het uitgangspunt van hun ijsberg-studies in de huisartspraktijk. De huisarts verkeert bij uitstek in de positie om sekundaire preventie te bedrijven omdat hij reeds frekwent contact met de bevolking heeft. Daarvoor is echter kennis nodig over risikogroepen, vroegtijdige signalen en over signaleringsmethoden. Bovendien is voor het publiek een drempelverlaging nodig voor het presenteren van psychosociale klachten, hetgeen inzicht vereist in het verloop van de 'premediese' fase.

Aan deze motivatie liggen verschillende hypothesen ten grondslag. Ten eerste In de bevolking komen een groot aantal ziekten en stoornissen voor die zonder een meer preventieve aanpak van de huisarts of andere eerstelijns werkers on-ontdekt zouden blijven. Ten tweede, er worden tussen de top en de rest van de ijsberg kwalitatieve verschillen verondersteld. In de zichtbare top zouden vooral de zwaardere stoornissen vertegenwoor-

digd zijn, in het onzichtbare gedeelte de wat lichtere stoornissen. Ten derde, neemt men aan dat een groot gedeelte van deze lichtere stoornissen zich zonder professionele hulp tot ernstiger stoornissen ontwikkelen (hypothese van de progressieve ontwikkeling). Ten vierde, men verwacht dat hulpzoeken in een vroeger stadium, resp. vroegtijdige onderkenning en behandeling minstens voorkomt dat zich ernstiger vormen zullen ontwikkelen.

Achter al deze veronderstellingen kunnen echter vraagtekens geplaatst worden. De relevantie van het ijsberg-onderzoek ligt in de toetsing van deze veronderstellingen. Mede door dit soort onderzoek zou uiteindelijk (a) de detektiedrempel kunnen worden verlaagd en (b) met als preventief effect dat daardoor de omvang van de ijsberg als geheel afneemt alsook het percentage ernstige stoornissen. Schematies:

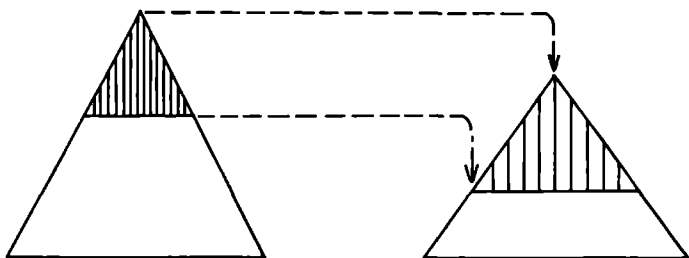


Fig. 4.4

4.4.4 Validiteit van epidemiologische kennis op basis van behandelingscijfers

Het ijsbergfenomeen is ook op methodologische gronden in de epidemiologie een belangrijke rol gaan spelen. Typerend voor de epidemiologische strategie van de kennisverwerking is het aantonen van prevalentie- of incidentieverschillen tussen sociale groepen. Op basis daarvan worden hypothesen ontwikkeld over de sociale, situationele, kulturele en economische oorzaken van psychosociale stoornissen. Het meest sprekende voorbeeld uit de epidemiologische literatuur is het grote aantal studies over de relatie tussen sociale klasse en de incidentie/prevalentie van psychosociale stoornissen. Het bestaan van een dergelijke samenhang is inmiddels door een zeer omvangrijk aantal studies bevestigd, zoals blijkt uit de literatuuroverzichten van Dohrenwend & Dohrenwend (1969), Gleiss et al. (1973) en Nijhof (1979). Pogingen om hieruit konklusies te trekken over de sociale oorzaken van psychosociale stoornissen hebben in het verleden nogal wat kritiek opgeleverd. Een belangrijk deel van deze kritiek richt zich op het gebruik van opname- of behandelingscijfers als criterium voor de aanwezigheid van psychosociale stoornissen in de samenleving. Het zijn vooral de oudere studies die zich op dergelijke gegevens hebben gebaseerd (Faris en Dunham, 1939; Frumkin, 1955; Odegaard, 1956; Häfner et al., 1969). Met name de epidemiologische studies die voortkomen uit de ekologiese benadering van de Chicago-school in de jaren dertig en veertig hebben van dergelijke criteria gebruik gemaakt. Dunham wees er echter reeds in 1953 op

dat de verschillen in opnamecijfers tussen verschillende sociaal-geografiese gebieden mogelijk vooral verwijzen naar de mate waarin de desbetreffende gemeenschappen personen met deviant gedrag tolereren of uitstoten.

Wanneer uit opname- en behandelingscijfers blijkt dat er uit de lagere sociale klassen relatief meer psychiatrische patiënten afkomstig zijn, hoeft dit nog niet te wijzen op een kausale rol van hun mogelijk slechtere leefomstandigheden. Een alternatieve verklaring zou immers kunnen zijn dat mensen uit lagere sociale klassen onder invloed van sociale selectie een grotere kans lopen vanwege hun stoornis in een psychiatrische inrichting te worden opgenomen (Gleiss et al., 1973). Mogelijke redenen daarvoor zijn: in de lagere sociale klassen vindt in sterkere mate uitstoting plaats ten gevolge van deviant gedrag; het hulpzoeken wordt langer uitgesteld; problemen worden in het beginstadium sneller gesomatiseerd; psychotiese vormen van gestoordheid komen relatief vaker voor; hulpverleners kennen aan mensen uit de lagere sociale klassen sneller het label 'psychisch gestoord' toe dan aan mensen uit hogere sociale klassen; minder verpleegmogelijkheden thuis; zij worden minder snel voor ambulante therapie geaccepteerd (Drop, 1973; Gleiss et al., 1973). Bovendien hebben - meer in het algemeen - ook de afstand en capaciteit van de voorzieningen invloed op de opnamecijfers.

Toen in epidemiologisch onderzoek het criterium werd uitgebreid van eerste opnames naar alle eerste aanmeldingen in de ambulante en intramurale GGZ, zoals bij de bekende studie van Hollingshead en Redlich (1958), werd dit probleem weliswaar minder, maar de kern van het bezwaar werd daardoor niet weggenomen. Zoals we nog zullen zien blijft dit bezwaar ook nog overeind, wanneer we hierbij tevens de registratiegegevens van de huisarts zouden betrekken. Behandelingscijfers weerspiegelen immers niet alleen de aanwezigheid en ernst van de psychosociale stoornissen, maar tevens alle sociale processen welke zich afspelen voordat de professionele hulp feitelijk van start gaat.

Dit vraagstuk is weer opnieuw aktueel geworden nu in ons land zowel de intramurale als ambulante GGZ een cliëntenregistratie heeft ingevoerd. De behoefte aan epidemiologisch onderzoek op registratiegegevens stelt de vraag naar de interpretatiemogelijkheden (b.v. risikogroepen, etiologie) opnieuw aan de orde. Op deze vragen kan pas een wezenlijk antwoord gegeven worden wanneer er onderzoek verricht wordt over de omvang van de gehele psychosociale ijsberg en over de verschillen in sociale gelaagdheid tussen het zichtbare en het onzichtbare deel. Schematies:

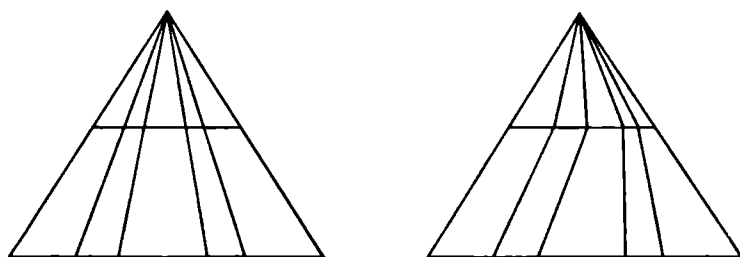


Fig. 4.5

Hiervóór hebben we reeds de intramurale GGZ, de ambulante GGZ en de eerstelijnsgezondheidszorg genoemd als verschillende criteria voor de definiëring van de top. In de genoemde volgorde veronderstelt men een toename van het aantal gevallen dat onder de aandacht van professionele hulpverleners is. In de huidige structuur van de gezondheidszorg is dit ook niet verwonderlijk gezien het echelonneringsprincipe waarop zij is gebaseerd. De eerste lijn (echelon) heeft een zeer breed bereik naar de bevolking, en sluipt slechts een beperkte geselecteerde groep door naar hogere meer gespecialiseerde echelons. Voor de AGGZ (tweede echelon) geldt eenzelfde verhouding ten opzichte van de intramurale GGZ (derde echelon). Aangezien vooral ernstige stoornissen worden doorverwezen naar hogere echelons zal ook de aard van de 'zichtbare' stoornissen verschillen afhankelijk van het echelon waarop het ijsberg-fenomeen wordt onderzocht.

Definiëren we de top zeer ruim, nl. alle psychosociale stoornissen onder de aandacht van professionele hulpverleners, dan betekent dit dat er in de top diverse lagen te onderscheiden zijn. Deze kunnen onderling zowel naar omvang als naar aard worden vergeleken. In principe kan vanuit ieder echelon over een ijsberg-fenomeen worden gesproken. Conclusies daarover moeten echter steeds worden afgewogen tegen het echelon of de echelons die als criterium voor de top gelden. Schematies:

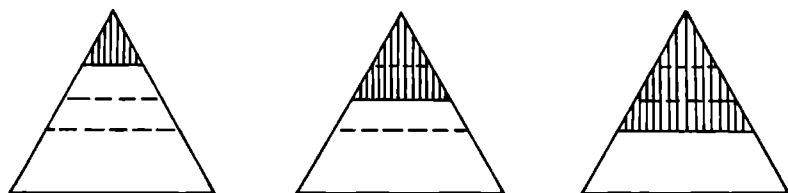


Fig. 4.6

4.5 EMPIRIES ONDERZOEK OVER HET IJSBERG-FENOMEEN: EEN LITERATUUROVERZICHT

Over het voorkomen van een ijsberg-fenomeen in de gezondheidszorg zijn inmiddels een omvangrijk aantal studies uitgevoerd. In deze paragraaf geven we hiervan een overzicht. Allereerst willen we onderzoeken of een dergelijk fenomeen inderdaad bestaat, in welke mate en in welke vorm. Ten tweede willen we via deze bespreking een indruk geven van de methodologische en theoretische problemen die zich bij dergelijk onderzoek voordoen.

In de literatuur worden een tweetal statistische methoden gebruikt om te onderzoeken of er zoiets bestaat als een ijsberg-fenomeen. De eerste methode berekent hoe groot de psychosociale ijsberg is en welk percentage hiervan in de professionele hulpverlening zichtbaar wordt (de top). Daarnaast is er een groep van studies, waarbij gebruik gemaakt wordt van korrelatieve methoden. Hierbij wordt voor een bevolkingsgroep de samenhang berekend tussen de score op een probleemmaat en een indikator voor contact met

professionele hulpverleners. De aanwezigheid van een ijsberg-fenomeen kan hier worden afgeleid uit een lage korrelatie tussen beide maten. In dat geval gaat immers een hoge problemscore in een groot aantal gevallen niet samen met het ontvangen van professionele hulp. Typerend voor deze studies is allereerst dat zij het validatieprobleem van een strikte afbakening van de psychosociale ijsberg omzeilen. Er wordt geen oordeel uitgesproken over de score waarbij nog wel, resp. waarbij geen sprake is van een psychosociale stoornis. Psychosociale gestoordheid en gezondheid worden opgevat als een continuüm. Vooral studies die de intermedierende invloed van andere variabelen, zoals attitudes, gewoonten, kennis, of sociologische variabelen op het hulpzoekend gedrag onderzoeken maken van deze korrelatieve onderzoeksmethoden gebruik.

In paragraaf 4.2 en 4.4.4 hebben we reeds gesteld dat de omvang van de zichtbare top afhankelijk is van het criterium voor zichtbaarheid. We hebben er eerder reeds op gewezen dat de oudere epidemiologische studies in de VS opname in een psychiatrische inrichting als criterium voor ware prevalentie/incidentie gebruikten. Voor de dertiger, veertiger en vijftiger jaren was dat niet eens zo'n slecht criterium omdat er toen - althans voor het grote publiek - nauwelijks ambulante GGZ-voorzieningen beschikbaar waren. Geen opname betekende in die tijd meestal geen behandeling.

De huidige situatie is zowel in ons land als in de VS inmiddels drasties veranderd. AGGZ-instellingen hebben in Nederland op jaarbasis thans met driemaal zoveel mensen contact als de intramurale geestelijke gezondheidszorg (De Haen, 1982). Vooral in de studies na 1960 is daarom doorgaans de gehele geestelijke gezondheidszorg, dus zowel de intramurale als de ambulante sektor als criterium voor de top genomen.

Ook in de eerste lijn is de belangstelling voor psychosociale hulp de laatste 15 jaar sterk toegenomen. Dit is onder meer terug te vinden in het epidemiologisch onderzoek over de huisartspraktijk, waarbij het ijsberg-fenomeen op psychosociaal terrein meermalen is onderzocht. In de onderstaande bespreking hebben we de studies gegroepeerd naar de hiervoor genoemde criteria, nl. de verschillende echelons.

4 5 1 Opname in een psychiatrische inrichting als criterium

De eerste studies over het ijsberg-fenomeen zijn verricht in de VS aan het begin van de 40-er jaren. Fietze et al. (1942)¹⁾ vonden in Maryland dat op elke vier personen die werden toegelaten in een psychiatrische inrichting er eveneens één geestelijk gestoorde was die niet werd opgenomen. Een jaar later rapporteerden Ruth en Luton (1943) op basis van hun 'huis-aan-huis-survey' dat in de bevolking op iedere gehospitaliseerde psychotische patient minstens één persoon te vinden was die eveneens als psychotisch gediagnosticeerd werd, maar niet was opgenomen. Dat betekende voor die tijd waarschijnlijk dat 50% van de als psychotisch gediagnosticeerden geen psychiatrische hulp ontvingen. De resultaten van een aantal epidemiologische studies van vóór 1955 samenvattend, komen Kaplan et al. (1956) eveneens tot de konklusie dat een aanzienlijk deel van de 'psychotici' niet in een inrichting werd opgenomen. Ook in hun eigen studie vonden ze in een van hun onderzoeksgebieden een verhouding tussen ware incidentie en eerste opnamen van

¹⁾ Geciteerd door Verschuur et al. (1976)

5:3. Opnamen bleken relatief vaker voor te komen in de lagere sociale milieu's dan in de hogere. Hun studie toonde aan dat dit verschil slechts ten dele veroorzaakt werd door een hogere incidentie in de lagere milieu's. Zij wijzen dan ook nadrukkelijk op het hiervoor beschreven validatie-probleem bij etiologische interpretaties van opnamecijfers (par. 4.4.4).

De meeste epidemiologische studies in de VS van voor 1970 gaan over de prevalentie en incidentie van als 'schizofreen' geëtiketteerden. Mishler en Scotch (1963) en Gruenberg (1974) geven hiervan een literatuur-overzicht. We zullen hier niet nader ingaan op de vraag wat schizofrenie nu precies wel en niet is en hoe deze diagnose ge-operationaliseerd wordt. Wel mogen we stellen dat schizofrenie in ieder geval tot de meer ernstige vormen van psychosociale gestoordheid wordt gerekend. Mishler en Scotch konkluderen over de incidentie, dat over de periode van een jaar 0.15% van de bevolking waarschijnlijk een vorm van schizofrenie ontwikkelt en dat gedurende diezelfde periode slechts 0.02% van de bevolking voor de eerste maal in een psychiatrische inrichting wordt opgenomen met als diagnose 'schizofrenie'. De top van de ijsberg verhoudt zich hier tot de rest als 1:7 à 8. Gruenberg konkludeert dat de ware prevalentie, ontdekt via bevolkingsstudies, ruim vier maal zo hoog is als het aantal gehospitaliseerde schizofrenen. In een latere publikatie over psychosociale stoornissen in het algemeen vermeldt Gruenberg (1975) een Amerikaanse studie onder oudere mensen die tot eenzelfde konklusie komt. In dit zogenoemde Syracuse-survey werden er voor iedere gehospitaliseerde psychiatrische patiënt in de populatie vier mensen gevonden die eveneens voor opname in aanmerking kwamen (New York State Department of Mental Hygiene, 1960).

We konkluderen uit deze studies dat er - althans in de VS - voor de meer ernstige vormen van psychosociale gestoordheid sprake is van een ijsberg-fenomeen. Wanneer opname in een psychiatrische inrichting als criterium wordt genomen voor de 'zichtbare top', dan bleek deze gemiddeld slechts 20% te omvatten van degenen die blijkens hun ernstige psychosociale gesteldheid voor opname in aanmerking zouden komen. Welke specifieke criteria er gebruikt zijn om tot een dergelijke diagnose te komen, wordt uit de geraadpleegde literatuur niet altijd duidelijk. In een aantal studies lijkt het oordeel in ieder geval gebaseerd te zijn op een diagnostisch interview door een psychiater. Voor Nederland zijn ons geen vergelijkbare studies bekend.

Aangezien in de VS - onder invloed van het overheidsbeleid - het totaal aantal opnamen gedurende de laatste 15 jaar drasties is afgenomen (par. 2.2) lijkt het waarschijnlijk dat het hiervoor genoemde percentage eerder kleiner is geworden dan toegenomen. Vanuit het streven opnamen zoveel mogelijk te voorkomen door een versterking van de ambulante sektor, kan dit als een positief resultaat worden gezien. Deze verschuiving roept de vraag op, in welke mate er van een ijsberg-fenomeen sprake is wanneer ook de gespecialiseerde, ambulante hulp in het criterium voor de 'top van de ijsberg' wordt opgenomen.

4.5.2 Kontakt met intramurale en ambulante GGZ als criterium

Omdat er in ons land nog weinig onderzoek op dit terrein verricht is moeten we onze indruk ook hier hoofdzakelijk baseren op buitenlandse en vooral Amerikaanse studies.

Een klassiek epidemiologisch onderzoek, dat gegevens verzamelde over het ijsberg-fenomeen, is, de zogenoemde Midtown Manhattan Study (Srole et al., 1962). De onderzoekers baseerden hun gegevens zowel op een bevolkingsonderzoek in een deel van het New Yorkse Manhattan, als op een analyse van de registers van de regionale psychiatrische faciliteiten. In de bevolking tussen 20-59 jaar werd 23.4% door psychiaters op grond van het bevolkingsonderzoek als 'impaired' beschouwd. Daarnaast bleek uit het registratie-onderzoek nog eens 0.5% van de bevolking in een psychiatrische inrichting te zijn opgenomen. Ze waren uiteraard niet bij het bevolkingsonderzoek betrokken. De totale prevalentie was dus 24.9%.

De resultaten geven aan dat de prevalentie van niet-behandelde psychosociale stoornissen veel hoger is dan de stoornissen waarbij in intramuraal of ambulant verband hulp wordt geboden. Ter illustratie hebben we hieronder uit hun onderzoek een tabel overgenomen die het ijsberg-fenomeen treffend weergeeft. De tabel heeft alleen betrekking op de subpopulatie uit de bevolking die op grond van het interview-onderzoek door psychiaters als 'impaired' en daarmee als 'psychiatrische gevallen' werden beschouwd.

*Tabel 4.7 ** Home Survey Sample (Age 20-59), Impaired Respondents'*
Distributions on Patient-history Classification
by Impairment Grades

Patient-history	Impairment grades			
	Marked	Severe	Incapacitated	Combined Impaired
Current out-patients.....	5.0%	4.0%	11.1%	5.4%
Ex-patients.....	18.3	25.6	24.4	21.3
Ever-patients*.....	23.3	29.6	35.5	26.7
Never-patients.....	76.7	70.4	64.5	73.3
N = 100%.....	(219)	(125)	(45)	(389)

* It must not be inferred that respondents who were ever-patients were necessarily considered by Study psychiatrists as being in an Impaired state of mental health. On the contrary, of the sample's 40 current out-patients, 19 were not so regarded. And of 182 ex-patients, 99 were not so considered.

** Ontleend aan Srole et al. (1962, pag. 147) met toestemming van de uitgever.

Slechts een vierde van degenen, die op het moment van het onderzoek als 'impaired' werden beschouwd, bleek ooit hiervoor behandeling te hebben ontvangen. Zelfs van de meest ernstige gevallen had slechts een derde (35.5%) ooit behandeling gekregen. Beperken we ons tot de behandelingssituatie ten tijde van het interview, dan konkludeert Srole:

"If we conceive of the impaired respondents in the aggregate as metaphorically approximating the form of an iceberg, then only one-twentieth (5.4%) of this mass is in any one month visible, however briefly, to psychotherapists in ambulatory facilities." (pag. 147)

Uitgedrukt in maand — prevalentie is de verhouding tussen de top en de gehele ijsberg dus 1:20. Wanneer we een correctie aanbrengen voor de opgenomen psychiatrische patiënten die hier niet meegerekend werden dan vormt de zichtbare top, volgens onze herberekening 7.5% van de psychosociale ijsberg. De verhouding wordt dan 1:13.

In dezelfde orde van grootte ligt de verhouding tussen behandelde en niet-behandelde prevalentie van psychische stoornissen waartoe Scheff (1969) konkludeert. Op basis van de resultaten van het zogenoemde Baltimore-onderzoek van Pasamanick (1961) en na vergelijking met ander onderzoek, trekt hij de konklusie dat we op elke psychiatrische patiënt 14 niet-behandelde gevallen in de samenleving kunnen verwachten.

Een andere bekende studie uit het begin van de zestiger jaren is het onderzoek van Gurin, Veroff en Feld (1960) onder een representatieve steekproef van 2460 personen uit de Amerikaanse bevolking. Zij vonden dat 23% van de populatie ooit wel eens dusdanige persoonlijke problemen had ervaren, dat zij (meestal achteraf) professionele psychosociale hulp als wenselijk beschouwden. Slechts 4% van de populatie had bij deze problemen ooit hulp ontvangen van professionele hulpverleners in de intramurale of ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Het interessante aan deze studie is vooral dat het een van de weinige is waarvoor exact vergelijkingsmateriaal bestaat van veel recentere datum. Kulka, Veroff en Douvan (1979) hebben dezelfde studie na 20 jaar opnieuw uitgevoerd. In tabel 4.8 hebben we de resultaten van beide studies samengevat. We zien dat in deze periode het percentage mensen dat ervaring heeft met professionele hulp voor hun persoonlijke problemen bijna verdubbeld is, nl. van 14 naar 26%. Dit betekent echter niet dat daardoor ook een groter aandeel van de ervaren behoefte aan professionele hulp is gedekt.

Tabel 4.8 Vergelijking van de resultaten over het hulpzoekend gedrag tussen de studies van Gurin et al. (1960) en Kulka et al. (1979).

	1960 (n=2460)	1979 (n=2264)
Ooit persoonlijke problemen ervaren waarbij: ¹⁾		
- in feite hulp gezocht is bij professionele hulpverleners ²⁾	14%	26%
- professionele hulp van nut zou zijn geweest, maar feitelijk niet is gebruikt	9%	11%
- gesproken zou kunnen worden van vooraf of achteraf ervaren behoefte aan professionele hulp	23%	37%
²⁾ Hiervan heeft feitelijk gebruik gemaakt van de hulp van:		
- psychiaters, psychologen, instellingen voor GGZ, eventueel naast andere vormen van professionele hulp	4%	14%
- niet de hiervoor genoemden, maar wel huisarts, pastor, sociale dienstverlening, advocaat, of andere eerste-lijns werkers, resp. professionele dienstverleners	10%	12%

¹⁾ Vertaling van de hier gebruikte omschrijvingen is voor rekening van de auteur.

Definiëren we deze ervaren behoefte voor het gemak als de 'psychosociale ijsberg' dan blijkt ook deze ijsberg over de jaren heen geen stabiel gegeven te zijn, maar eveneens te zijn toegenomen. Uit hun artikel wordt niet duidelijk of deze toename moet worden toegeschreven aan een toename van de probleemervaringen dan wel aan een grotere bereidheid professionele hulp in te roepen. Wel blijkt dat de behoefte aan professionele hulp waaraan niet voldaan is (unmet needs) absoluut iets is toegenomen (van 9 naar 11%), maar relatief t.o.v. het totaal aan ervaren behoefte duidelijk is afgenomen. Dat in 1979 een groter aandeel van de behoefte aan professionele hulp wordt gedekt, komt hoofdzakelijk door een opvallende toename van de kontakten met gespecialiseerde hulpverleners op het terrein van de GGZ. In deze toename weerspiegelt zich, naar we aannemen, met name de betere toegankelijkheid van de ambulante hulp ten gevolge van de oprichting van een groot aantal Community Mental Health Centers (zie par. 2.2).

Vergelijkbare vragen zijn door Elinson, Padilla en Perkins (1967) gesteld aan een steekproef van 2118 volwassenen in New York. Hier zegt 45% dat zij ooit persoonlijke problemen heeft gehad waarbij het zoeken van hulp de moeite waard zou zijn geweest. Daarnaast verklaarde nog eens 15% grote persoonlijke problemen te hebben gehad, zonder dat zij daarbij enige baat verwachtten van hulpverleners. In feite heeft 8.6% naar hun zeggen ooit professionele hulp ontvangen waarbij het voor 6.7% ging om hulpverleners uit de GGZ of het maatschappelijk werk.

Ryan (1969), geciteerd in Garfield (1971, pag. 408), vond in zijn studie in Boston, op iedere 1000 inwoners 150 personen die als 'emotioneel gestoord' konden worden aange merkt. Van deze 150 bleken er gemiddeld 9 een beroep te doen op de hulp van AGGZ-instellingen, waarvan er uiteindelijk slechts 4 behandeling ontvingen. Eén van de 150 wordt door een zelfstandig gevestigde psychiater behandeld en 5 à 6 mensen zijn dusdanig gestoord dat zij in een psychiatrische inrichting worden opgenomen. Dit betekent dat slechts 10 van de 150 gevallen een of andere vorm van GGZ-hulp ontvangen (1/15). Van de resterende 140 gevallen kreeg de meerderheid een of andere vorm van hulp via huisartsen, instanties voor sociale dienstverlening, pastores e.d. Een derde ontving in het geheel geen hulp. De GGZ-kliënten kwamen vooral uit de leeftijdsgroep tussen 22 en 36 jaar, de midden en hogere sociale klassen, en bestonden voor tweederde uit vrouwen.

Een interessante berekening van recentere datum bieden Kaplan, Wilson en Leighton (1976). Zij geven prognoses over de verhouding tussen de behoefte aan psychiatrische hulp per leeftijdsgroep en de feitelijk verleende hulp, respectievelijk voor 1975 en 1980, op basis van beschikbare gegevens over 1971. In dat jaar was de jaarprevalentie van alle psychiatrische hulp 1.6%, berekend over de totale bevolking van de VS. De prognoses werden op drie verschillende wijzen berekend, nl. onder de assumptie dat 2% van de bevolking behoefte heeft aan psychiatrische hulp, vervolgens onder een 10% - en tenslotte onder een 20%-assumptie. Dit laatste percentage komt dicht in de buurt van de konklusies van de Midtown Manhattan Study (23.9%). De berekeningen laten zien dat onder de 2%-assumptie 23% van de behoefte aan psychiatrische hulp niet gedekt wordt. Onder de 10%-assumptie is dit 84% en onder de 20%-assumptie zelfs 92%. In dit laatste geval wordt dus slechts 8% van de veronderstelde behoefte aan psychiatrische hulp gedekt. De berekeningen tonen voorts aan dat het ijsberg-fenomeen sterk afhankelijk is van de leeftijd. De behoefte aan behandeling blijkt het vaakst gepaard te gaan met feitelijke hulp in de leeftijd tussen 18 en 44 jaar en relatief het minst bij jeugdigen en ouderen (boven de 65).

Hagnell (1969) verrichtte in Noorwegen een prospectieve studie over een periode van 10 jaar. Hij maakte daarbij gebruik van registratiegegevens van hulpverleningsinstanties, een bevolkingsonderzoek en van gesprekken met sleutelfiguren als belangrijke informanten over de lokale bevolking. De studie is om een drietal redenen interessant. Allereerst is het, op grond van haar prospectieve karakter, een van de weinige 'ware' incidentie-studies in de epidemiologie. Ten tweede is de studie uitgevoerd in een plattelandsgemeente die een grote overeenkomst vertoont met de gemeente waarin wij ons eigen onderzoek hebben uitgevoerd (zie hoofdstuk 5). Tenslotte zijn de resultaten niet gebaseerd op een steekproef maar werd de gehele bevolking bij het onderzoek betrokken. De gegevens werden op een tweetal tijdstippen verzameld, nl. in 1947 en 1957. De konklusies van Hagnell (pag. 29 e.v.) hebben we in het volgende staatje samengevat:

Tabel 4.9 Incidentie-indices voor psychosociale stoornissen over een periode van 10 jaar (Hagnell, 1969)

Gedurende een periode van 10 jaar is de kans dat men:		
- voor het eerst een psychosociale stoornis ontwikkelt	mannen 11.4%	vrouwen 20.3%
- voor het eerst psychiatrische hulp inroept	4.3%	7.1%
- voor het eerst opgenomen wordt in een psychiatrische inrichting	1.4%	2.1%

Uit dit staatje wordt duidelijk dat de top, die zichtbaar wordt in de GGZ, zich tot de totale psychosociale ijsberg verhoudt als 1:3. Bovendien blijkt dat deze verhouding hier voor beide geslachten geldt ook al verschillen de ware incidentie-cijfers sterk tussen de beide sociale categorieën.

Enkele studies die gegevens presenteren over het ijsberg-fenomeen zijn uitgevoerd BINNEN SPECIFIEKE POPULATIES, zoals kinderen en studenten. Watt (1979) bespreekt een Amerikaanse studie van Gordon et al. (1964) onder 55.000 schoolkinderen. Zij vonden dat bij 11% gesproken kon worden van emotionele onaangepastheid. Minder dan 1% ontving echter hulp vanuit een of andere instantie op het terrein van de GGZ (1:11). Juist de kinderen met de meest ernstige problemen bleken de minste hulp te ontvangen.

Ook in enkele studies onder studenten werd een ijsberg-fenomeen geconstateerd. Rimmer et al. (1978) vonden dat onder eerstejaarsstudenten bij 18% een diagnostiseerbare psychiatrische stoornis aanwezig was. Drie van de vier studenten ontvingen daarvoor geen behandeling. Overigens bleek daarnaast dat nog eens 10% van de studenten het onderzoekskriterium voor een psychosociale stoornis niet haalden, maar toch een vorm van professionele psychosociale hulp ontvingen. McMichael en Hetzel (1974) schatten het percentage studenten dat in de eerste twee studie jaren te kampen had met een emotionele of psychische stoornis op 33 tot 50%, afhankelijk van het type indikator (periode-prevalentie). Van hulpzoeken bleek slechts in een minderheid van de gevallen sprake te zijn. Zelfs bij de werkelijk ernstige stoornissen bleek slechts in de helft van de gevallen professionele hulp te zijn gezocht. Ook Bakker (1974) vond in een onderzoek aan de universiteit van Rotterdam een hoog aantal studenten dat in de problemen zit, nl. 40%. Slechts een klein percentage hiervan overschrijdt de drempel van de professionele hulpverlening (6%).

Tenslotte, toonden Reifler et al. (1967) op basis van een tienjarig onderzoek onder studenten aan, dat een toename in de hulpvraag niet voortkwam uit een toename van de ware prevalentie, maar uit een grotere beschikbaarheid van de hulp. De ijsberg bleef konstant, maar een groter gedeelte van de ijsberg werd zichtbaar.

Voor Nederland zijn slechts enkele studies beschikbaar die ons enig zicht kunnen bieden over het vóórkomen van een ijsberg-fenomeen (Giel en LeNobel, 1971; Offerhaus e.a. 1978).

Het zogenoemde 3e Bavo-rapport (Offerhaus e.a., 1978) geeft een verslag van een omvangrijk epidemiologisch onderzoek onder een nagenoeg representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking. Het is echter niet mogelijk om hieruit eenduidige konklusies te trekken over het voorkomen van een ijsberg-fenomeen. Allereerst is er in dit onderzoek geen totaal-maat voor de aanwezigheid van psychosociale problemen of stoornissen (ijsberg). Ten tweede is er bij de onderzochte problemen afzonderlijk niet vermeld welk percentage voor dat probleem bij welke hulpverlener hulp gezocht heeft. Ten derde blijken bij sommige relevante tabellen belangrijke delen van de steekproef op een niet-verklaarde wijze te ontbreken (b.v. bijlagen, pag. 175). Om toch een indruk te geven van het ijsberg-fenomeen hebben we aan het rapport percentages ontleend met betrekking tot enkele problemen welke karakteristiek zijn voor het werkveld van de GGZ (tabel 4.10). De cijfers hebben betrekking op de situatie ten tijde van het interview (tijdstip-prevalentie) zoals deze door de respondent beleefd werd. In de laatste twee kolommen van de tabel gaat het overigens niet om een feitelijke hulpvraag, maar om een mogelijke hulpvraag gericht op specialistische hulpverleners. Vergeleken met de feitelijke situatie geven deze cijfers daarom vermoedelijk een overschatting. Beschouwen we de laatste kolommen desondanks als de 'top' dan wordt ook hier weer het ijsberg-fenomeen zichtbaar. Het aandeel, dat deze specialisten op het terrein van de psychosociale zorg dekken, is van beperkte omvang. Tevens wordt duidelijk dat de omvang van het onzichtbare deel van de ijsberg afhangt van de definiëring van de gehele ijsberg: (a) als de groep die problemen ervaart, (b) de groep die haar problemen als moeilijk of als niet oplosbaar beschouwd, of (c) als de groep die behoefte heeft aan de hulp van anderen. We zien hier de behoeftenindeling terug uit hoofdstuk 2, nl. het onderscheid tussen een psychosociaal probleem, psychosociale nood en de behoefte aan kuratief-professionele hulp. Alle begrippen zijn hier in subjektieve zin gebruikt.

Tabel 4.10 Enkele voorbeelden van probleemervaringen en behoefte aan hulp uit het 3e Bavo-rapport in percentages over de totale steekproef.

probleem- gebied	probleem- ervaring	moeilijk of niet oplosbaar geacht	hulp van anderen gewenst	zou kunnen worden opgelost met hulp van psychiater, psy- choloog, maatsch. werk	zou het beste kun- nen worden opgelost met hulp van psy- chiater, psycholoog, maatsch. werk
huwelijk	4.4	2.8	1.6	1.0	0.4
sexualiteit	2.7	1.5	1.0	0.4	0.2
mijzelf	2.6	1.9	1.3	0.1	0.1
kinderen	2.4	1.8	1.0	0.5	0.3

Bron: Offerhaus e.a. (1978), bijlagen, pag. 26 e.v.

Het onderzoek van Giel en LeNobel (1971) in een Nederlandse dorpsgemeente is een van de weinige Nederlandse studies waarin zowel ware prevalentiecijfers over de bevolking bekend zijn als het gedeelte dat in behandeling is. Helaas beperkten zij zich hierbij tot behandelingen door zenuwartsen. Hun oordeel over de ware prevalentie baseerden zij op een semi- gestructureerd interview door een psychiater en op het invullen van een symptoom-vragenlijst. Volgens deze laatste lijst bleek 20% niet vrij te zijn van psychiatrische symptomen. Zij schatten het aantal 'psychisch gestoorden' onder de bevolking van 15 jaar en ouder uiteindelijk echter op 14%. 0.3% was opgenomen in een psychiatrische inrichting en 3% was onder behandeling van een zenuwarts. Van degenen die als 'psychisch gestoord' beschouwd werden bleek dus bijna een op de vijf psychiatrische behandeling te ontvangen.

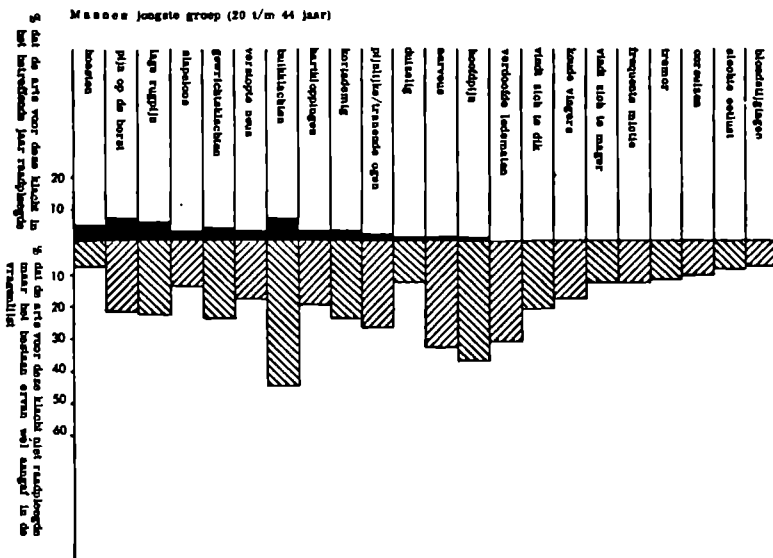
4.5.3 De psychosociale¹⁾ hulpvraag bij de huisarts als criterium

Het zou konsekwenter geweest zijn wanneer we in de titel niet de huisarts, maar de eerstelijnszorg als criterium hadden opgenomen. De meeste studies over de psychosociale hulpvraag in de eerste lijn hebben echter alleen op de huisartspraktijk betrekking. Dat is niet zo verwonderlijk omdat - zoals we nog in hoofdstuk 8 en 9 zullen zien - de huisarts in de eerste lijn een centrale rol speelt en de belangrijkste toegangspoort vormt voor de andere echelons. Dit geldt niet alleen op medisch gebied maar ook op het terrein van de geestelijke gezondheid. Mede gezien zijn vertrouwenspositie ten opzichte van het publiek biedt zijn praktijk een veel ruimere signaleringsbron dan de GGZ. De vraag is echter hoe ruim? Verdwijnt het ijsberg-fenomeen indien we het criterium voor de top naar de huisartspraktijk verleggen?

Reeds in 1958 konkludeert Jansen-Emmer, geciteerd in Weyel (1970, pag. 82), uit een onderzoek in een aantal Nederlandse huisartspraktijken en een groep a-selekt gekozen gezinnen, dat het percentage psychosociale problematiek in de bevolking veel hoger ligt dan in de huisartspraktijk aan het licht kwam. Zintl-Wiegand en Cooper (1979) onderzochten een steekproef van 1026 spreekuurpatiënten uit 13 huisartspraktijken in Mannheim. Zij kwamen tot de konklusie dat in de kommunikatie tussen patiënt en huisarts door deze laatste slechts 59% van de psychosociale stoornissen werd ontdekt die een psychiater op grond van een gestandaardiseerd interview aanwezig achtte. Op grond van de analyse van een groot aantal epidemiologische studies stelt Last (1963) dat zowel bij mannen als bij vrouwen tegenover iedere ontdekte psychosociale stoornis in de huisartspraktijk er gemiddeld één niet-ontdekte stoornis in de bevolking voorkomt.

Het 'top van de ijsberg'-fenomeen is overigens niet specifiek voor de psychosociale morbiditeit. Ook ten aanzien van de somatische morbiditeit is dit fenomeen herhaalde malen aangetoond. Afhankelijk van de onderzochte praktijk en de gebruikte criteria schatten men de zichtbare top van de ijsberg op 10 tot 50% van de totale somatische morbiditeit (Pearse en Crocker, 1943; Fry, 1966; Folmer, 1968; Van der Velden, 1973; Aakster, 1974). Figuur 4.11 biedt hiervan een typerend voorbeeld.

¹⁾ Door de huisarts als zodanig gediagnostiseerd.



Figuur 4.11 Het ijsberg-fenomeen: ervaren en gepresenteerde klachten in de huisartspraktijk.
(ontleend aan Folmer, 1968, pag. 142; met toestemming van de auteur)

Treedt het ijsberg-fenomeen in gelijke mate op bij de psychosociale als bij de somatische morbiditeit? Op grond van een onderzoek in 101 'doorsnee-gezinnen' van een huisartspraktijk konkludeert Morris (1964, pag. 82-83) dat 62% van alle gezondheidsproblematiek door de huisarts of door andere mediese voorzieningen behandeld werd. Voor geestelijke gezondheidsproblematiek was dit slechts 24%.

Onder het niet-behandelde deel bleek een groot aantal ernstige psychiatrische problemen te vallen. Morris geeft hiervoor als verklaring dat het gezin en andere mensen uit de sociale omgeving (lay referral system) kennelijk effectieve hulp bieden bij dergelijke problemen. De validiteit van deze interpretatie is overigens niet door Morris onderzocht.

In een Amsterdamse huisartspraktijk vinden IJzermans en van Amstel (1979) vergelijkbare cijfers. De huisarts bleek op de hoogte te zijn van ongeveer de helft van de ervaren lichamelijke problemen, doch slechts van 17% van de ervaren niet-lichamelijke problemen.

Van der Velden (1973) vergeleek van 424 vrouwen de gepresenteerde morbiditeit via een Continue Morbiditeits Registratie (CMR) met de ervaren morbiditeit via de Algemene Klachten Vragenlijst. Voor de totale morbiditeit vindt hij 1254 gepresenteerde tegenover 5582 ervaren klachten. Van de ervaren klachten kwam dus 22% bij de huisarts terecht. Vermeer (1978) heeft deze verhouding herberekend over een aantal veel voorkomende psychosomatische klachten. Van deze groep blijkt gemiddeld 10% bij de huisarts te komen. Ook hier zien we dus aanwijzingen dat het ijsberg-fenomeen in de huisartspraktijk

sterker opgaat voor psychosociale dan voor somatische problemen.

Wanneer we ons beperken tot suïcidepogingen, een ernstige probleemsituatie zowel in mediese als psychosociale zin, dan vinden we ook daar vergelijkbare resultaten. In een epidemiologisch overzicht van een aantal Europese studies, konkludeert Diekstra (1982) dat slechts 23% van deze suïcidepogingen onder de aandacht van een arts komt.

Gezien het voorgaande is het niet verwonderlijk dat de hoeveelheid variantie in het hulpzoekend gedrag, welke verklaard wordt door indicatoren voor psychosociale problematiek of stoornissen, in korrelatieve studies betrekkelijk laag is. Tessler et al. (1976) vonden in hun prospectieve studie over het huisartsbezoek dat de mate van psychosociale nood hiermee weliswaar significant gerelateerd is, maar slechts 4 tot 6% van de verschillen in het aantal kontakten verklaarde. In een andere bevolkingsstudie (Phillips & Segal, 1969) en in studies onder studentenpopulaties (Greenley & Mechanic, 1976; Moos & Van Dort, 1977) bleek zelfs in het geheel geen verband te bestaan met de mediese consumptie. Wel werd in sommige gevallen van deze studies een verband gekonstateerd met het gebruik van GGZ-voorzieningen. Dat er geen verband met de mediese consumptie gevonden werd, zou verklaard kunnen worden uit het té globale karakter van het gedragskriterium. Mogelijk zou er wel een verband aantoonbaar zijn geweest, als de onderzoekers zich hadden beperkt tot die gepresenteerde klachten, waarbij uitdrukkelijk een psychosociale achtergrond werd vermoed.

4.5.4 Is het ijsberg-fenomeen een artefact?

Een belangrijk konfliktpunt in de studies rond het ijsberg-fenomeen is het criterium voor de aanwezigheid van psychosociale stoornissen, in hun totaliteit de ijsberg vormend. Dohrenwend en Dohrenwend toonden in 1969 op grond van een overzicht van 44 epidemiologische studies aan dat dergelijke studies zeer uiteenlopende konklusies over de ware prevalentie geven, nl. variërend van 1 tot 64%. Nu zou dit voor een gedeelte de ware prevalentie-verschillen kunnen weerspiegelen tussen de onderzochte populaties. Ze hebben dat in ieder geval aannemelijk gemaakt op grond van de sociale klasse-verschillen tussen de populaties en de konsekventies daarvan voor de geestelijke gezondheidssituatie. Vrij algemeen wordt echter aangenomen dat deze cijfers eerder de verschillen in theoretische concepten en meetprocedures weerspiegelen dan de prevalentie-verschillen tussen de populaties. Zo konkludeerden Manis et al. reeds in 1964:

"Our interpretation is that the differences in reported rates of untreated illness arise primarily from lack of agreement, stated or implicit, in the criteria used to establish the cutting-point between the sick and the well." (pag. 59)

We zullen de invloed van de operationalisaties op de eindkonklusies verduidelijken door middel van enkele voorbeelden, nl. de studies van Srole et al. (1962) en Kulka et al. (1979). Nemen we GGZ-behandeling als criterium voor de top dan impliceren de resultaten van Kulka dat het behandelde deel 38% vormt van de totale psychosociale ijsberg (14%:37%); bij Srole is dit slechts 5%. Deze verschillen zijn op meerdere wijzen verklaarbaar. De ijsberg-bepaling bij Kulka is gebaseerd op de subjektieve behoefte aan professionele hulp en bij Srole op een 'meer objektieve' vaststelling van aanwezige

psychiatrische symptomen. Deze laatste behoeftebepaling leidt tot een veel ruimere definitie van de ijsberg, dan wanneer we ons beperken tot de mensen die op grond van hun problematiek zelf de behoefte aangeven aan professionele hulp. Ook de voorbeelden uit het onderzoek van Offerhaus e.a. tonen dit aan (par. 4.5.2). Verder baseert Kulka zich op een retrospectieve meting over ervaren problemen in de gehele levensperiode tot 'nu' toe. Het is zeer waarschijnlijk dat men zich over zo'n lange periode niet meer alle problemen herinnert, waarbij professionele hulp wenselijk geweest zou zijn. De aanwezigheid van psychiatrische symptomen rond de tijd van het interview, zoals bij Srole het geval is, levert uiteraard een vollediger beeld op. De psychosociale ijsberg is daardoor relatief omvangrijker en de top kleiner.

In ons overzicht beperken sommige studies zich tot ernstige stoornissen (b.v. psychosen), terwijl andere studies het hele scala van psychosociale stoornissen bestrijken. In sommige studies is een 'meer objectieve' diagnose gebaseerd op het rechtstreekse oordeel van psychiater, in andere studies gebruikt men de scores op een gestandaardiseerde vragenlijst over ervaren symptomen. Via deze symptoomlijsten gemeten, ligt de drempel waarboven iemand een psychosociale stoornis wordt toegeschreven vermoedelijk lager dan bij het oordeel van een psychiater op basis van een diagnostisch gesprek. Deze studies komen dan ook uit op een veel grotere ijsberg, die niet alleen ernstige maar ook lichtere en kortdurende vormen van psychosociale stoornissen omvat. Enkele onderzoekers definiëren de ijsberg in nog ruimere termen, nl. alle persoonlijke problemen. Dergelijke studies zeggen ons echter weinig over de mate waarin tegemoet gekomen wordt aan de behoefte aan professionele hulp.

De voorgaande opmerkingen brengen ons bij een van de kernvragen rond het ijsberg-fenomeen: IN WELKE MATE BLIJFT ER NOG VAN EEN DERGELIJK FENOMEEN SPRAKE ALS WE OOK DE ERNST VAN DE PROBLEMATIEK BIJ DE BEREKENING BETREKKEN? Het is denkbaar dat epidemiologisch onderzoek kunstmatig een ijsberg-fenomeen creëert door bij de afbakening van de ijsberg een lager ernstkriterium te gebruiken dan voor de top geldt. Dit lagere kriterium verwijst dan weliswaar naar aanwezige problemen of symptomen, maar niet noodzakelijk naar een behoefte aan professionele hulp. De ijsberg krijgt daarmee een 'dubbele bodem'. De ene bodem grenst de problemen waarbij een behoefte aan professionele hulp wordt verondersteld af, van de problemen waarbij deze behoefte niet wordt verondersteld. De andere bodem vormt de grens tussen de aanwezigheid van problemen en de afwezigheid ervan. Voor de GGZ zouden we pas echt van een ijsberg-fenomeen kunnen spreken wanneer we onder de niet-behandelde groep even ernstige problemen of nood zouden aantreffen als bij cliëntenpopulaties binnen de GGZ.

Een aantal van de besproken studies tonen een duidelijk ijsberg-fenomeen aan, ook al beperken zij zich tot ernstige stoornissen (Kaplan et al., 1956; Mishler & Scotch, 1963; Gruenberg, 1974; Diekstra, 1982). In andere studies, die over psychosociale stoornissen in het algemeen gaan, is het ijsberg-fenomeen ook apart onderzocht binnen de subpopulatie van ernstige stoornissen. Ook dan bleek een ijsberg-fenomeen aantoonbaar (Gordon, 1960; Morris, 1964; Hagnell, 1969; McMichael & Hetzel, 1974). Een zeer duidelijk voorbeeld biedt de Midtown Manhattan Study (Srole et al., 1962). Van de categorie 'severe impaired' bleek slechts 4% onder psychiatrische behandeling te staan en van de nog ernstiger categorie 'incapacitated' 11%.

Twijfel over het bestaan van een ijsberg-fenomeen wordt daarentegen geuit door Katschnig (1979). Hij stelt dat gegevens over de prevalentie van neurosen die tot nu toe door epidemiologen worden geleverd geen basis vormen voor een schatting van de behoefte aan therapeutische hulp. Met behulp van vragenlijsten vinden zij hoge percentages neuroties gestoorden in de bevolking (33 tot 52%). Volgens Katschnig zijn deze percentages wel gebruikt om een grote uitbreiding op het gebied van de psychotherapie te bepleiten. Hij stelt, echter, dat het begrip 'neurose' zoals door epidemiologen gebruikt weinig van doen heeft met het kliniese begrip 'neurose'. Als belangrijkste oorzaak hiervoor noemt hij het fundamentele gebrek aan communicatie tussen epidemiologen en therapeuten. Epidemiologen laten dit begrip vaak in het vage door te spreken over 'een psycho-neuroties symptoom-patroon', 'waarschijnlijk van het neurotische type' en 'subkliniese neurose'.

Als voorbeeld noemt hij een engelse studie van Watts (1966) over het ijsberg-fenomeen bij depressieve stoornissen. De prevalentie van suïcides ten gevolge van depressiviteit bedroeg 0.12 per 1000 inwoners, de prevalentie van opnames 0.90, de prevalentie van ambulante psychiatrische behandeling eveneens 0.90, de prevalentie in de huisartspraktijk 12 à 15, terwijl het aantal niet-behandelde depressieve personen 150 per 1000 inwoners zou bedragen. De verhouding behandeling tot niet-behandeling is dus ongeveer 1:10. Katschnig stelt dat dergelijke ijsberg-studies van de impliciete veronderstelling uitgaan dat:

"the invisible parts of the iceberg are made of the same kind of ice crystals."
(pag. 33)

Hij gaat er echter vanuit dat het 'onzichtbare' deel een nadere differentiatie behoeft. Zo wijst hij op een aantal studies die aantonen dat een groot deel van de psychoneurotische stoornissen tijdelijke reacties zijn op een crisis. Na drie maanden zou ongeveer 40% en na zes maanden 70% symptoomvrij zijn zonder enige therapeutische hulp, dus op eigen kracht of met informele hulp. Naast de duur van de symptomen, vormen ook hun sociale handicap en de beschikbaarheid van sociale steun, volgens Katschnig, probleem-aspekten die bij de bestudering van de ijsberg een belangrijke differentiatie opleveren. Deze visie ondersteunt de wijze waarop we in par. 2.3.4 over psychosociale nood en professionele hulpbehoefte hebben gesproken.

Ook voor Tousignant en Denis (1975) vormt de aanwezigheid van symptomen onvoldoende indicatie voor een behoefte aan professioneel-kuratieve hulp. Zij laten zien dat onder de niet-behandelde populatie een groep gevonden kan worden (21.8%), die dezelfde mate van symptomatologie op de Health Opinion Survey vertoont als een groep patiënten die kortdurend werd opgenomen in psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen. Tussen beide groepen bleek echter een groot verschil te bestaan in hun zelfconcept. De niet-behandelde groep had een positiever zelfbeeld. De auteurs veronderstellen dat zij zich daarom - ondanks hun hoge symptoomskores - minder gehandicapt (impaired) voelen en dat therapeutische hulp minder urgent is.

4.6 SAMENVATTING EN DISKUSSIE

We beperken ons hier tot de vraag of er voldoende empirische aanwijzingen zijn om van een ijsberg-fenomeen te kunnen spreken, en zo ja hoe dat ijsberg-fenomeen eruit ziet. De evaluatieve betekenis van de resultaten voor het AGGZ-beleid wordt in paragraaf 4.7 en 4.8 besproken.

Uit de vele, hiervoor besproken studies konkluderen we dat er inderdaad sprake is van een ijsberg-fenomeen. Het aantal psychosociale stoornissen dat onder de aandacht van professionele hulpverleners wordt gebracht, is slechts een deel en vaak slechts een klein deel van het aantal stoornissen dat we in de bevolking aantreffen. Er zijn bovendien duidelijke aanwijzingen dat het ijsberg-fenomeen bij psychosociale stoornissen sterker aanwezig is dan bij lichamelijke stoornissen. De studies die opname als criterium hanteren voor de 'top van de ijsberg' laten zien dat ernstige stoornissen zoals psychosen en in het bijzonder schizofrenieën slechts in 20% van de voorkomende gevallen zichtbaar worden in de intramurale GGZ. Deze konklusie is overigens louter gebaseerd op Amerikaanse studies, voor ons land waren er geen vergelijkbare studies aanwezig. Breiden we het criterium uit tot de ambulante, gespecialiseerde psychosociale hulpverlening, dan varieert het behandelde deel tussen 5 en 38% van de totale psychosociale ijsberg. In de huisartspraktijk blijkt deze top te variëren tussen 10 en 50%.

De konklusie over het bestaan van een ijsberg-fenomeen lijkt vooral gerechtvaardigd, omdat de aanwijzingen hiervoor overeind blijven ondanks grote verschillen in typen studies. Deze verschillen betreffen allereerst het criterium voor de top, zoals we hiervoor hebben gezien. Verder baseren sommige studies zich op incidentiecijfers, de meeste echter op prevalentiecijfers. De tijdseenheid waarover gemeten is varieert van een moment-opname, enkele maanden, een jaar, tien jaar tot een gehele levensperiode. De studies handelen zowel over psychosociale stoornissen in het algemeen, als over specifieke stoornissen.

Het criterium voor de ijsberg wordt niet alleen gebaseerd op de aanwezigheid van psychiatrische symptomen, maar ook op subjectieve probleembelevingen. Bovendien blijft de konklusie overeind wanneer men zich bij de afbakening van de ijsberg beperkt tot ernstige stoornissen. Tenslotte zijn de studies verricht over verschillende populaties het platteland, de grote steden en de nationale bevolking. Hoewel de meeste studies verricht zijn in de VS, wijzen ook studies uit Nederland en andere Europese landen op het bestaan van een ijsberg-fenomeen.¹⁾

Enkele van de eerder besproken studies hebben ook aangetoond, dat er zich bij het al dan niet verkrijgen van professionele hulp sociale selectieprocessen voordoen. Bij dit aspect van het ijsberg-fenomeen zullen we in het volgende hoofdstuk uitvoeriger stilstaan.

¹⁾ Bovendien kan hierbij worden opgemerkt dat de CMHC's in de VS reeds sinds de 60-jaren uitdrukkelijk gewerkt hebben aan een grotere bereikbaarheid van hun psychosociale hulpverlening. Wanneer we desondanks in recente Amerikaanse studies een ijsberg-fenomeen aantreffen, lijkt het aannemelijk dat dit zeker ook voor de Nederlandse situatie opgaat. In ons land wordt hieraan, immers, pas sinds enkele jaren expliciet aandacht besteed.

Gezien deze konklusies gaan de meeste epidemiologen er tegenwoordig vanuit dat registratiegegevens over cliënten een onvolledig beeld geven van de ware prevalentie en dat men uit dergelijke gegevens alleen geen hypothesen of konklusies kan afleiden over de sociale etiologie. Voor de praktijk van de (A)GGZ betekent dit dat registratiegegevens slechts een beperkte waarde hebben voor het inschatten van regionale behoeften.

Ondanks de voorgaande konklusies blijven er rond het ijsberg-fenomeen zowel vanuit theoreties als methodologies oogpunt een aantal vraagtekens bestaan. Deze zijn vooral van belang bij het inschatten van de preciese omvang van het ijsberg-fenomeen en bij de beoordeling van de beleidsmatige betekenis die gehecht moet worden aan het 'onzichtbare deel van de ijsberg'. Ten eerste, wanneer een persoon met ernstige problemen niet tot de zichtbare 'top' behoort (b.v. geen cliënt van de AGGZ is), wil dat nog niet zeggen dat hij in het geheel geen hulp ontvangt. Bij ijsberg-onderzoek zou daarom bij voorkeur het geheel van gebruikte professionele en informele hulpbronnen moeten worden bestudeerd. Ten tweede kunnen we totoneigenlijke konklusies komen over ongedekte behoeften aan professionele hulp wanneer we voor de ijsberg een veel lager ernst-kriterium hanteren, dan in feite geldt voor de problematiek van de cliënten die professionele hulp ontvangen (de top). In een aantal ijsberg-studies is het niet duidelijk of het 'onzichtbare gedeelte' ook zonder meer gelijk gesteld mag worden aan dat gedeelte dat behoefte heeft aan (de onderzochte) professionele hulp. Het is daarom wenselijk bij dit type onderzoek ook een indicatie voor de ernst van de problematiek te betrekken. Ten derde blijkt de betekenis van het ijsberg-fenomeen afhankelijk te zijn van de inhoudelijke criteria welke gebruikt worden om de aanwezigheid, resp. ernst van een stoornis vast te stellen. Men kan zich beperken tot aanwezige psychiatrische symptomen, of hierbij ook andere variabelen betrekken, zoals b.v. de verwachte duurzaamheid, de ervaren hinder ervan in het dagelijkse leven, het zelfbeeld en de beschikbare sociale ondersteuning vanuit de directe omgeving. Diverse auteurs pleiten ervoor in epidemiologies onderzoek meer gedifferentieerde modellen te gebruiken om psychosociale nood en de behoefte aan professionele hulp (de ijsberg) vast te stellen.

4.7 DE BELEIDSMATIGE BETEKENIS VAN DE IJSBERG-METAFOOR

Hoewel er aan het ijsberg-onderzoek methodologiese en theoretiese problemen verbonden zijn, konkluderen we desalniettemin dat de metafoor van de 'top van de ijsberg' een bruikbaar concept is, waarmee problemen rond de afstemming van het professionele hulp-aanbod op de hulpbehoefte kunnen worden verhelderd. Het ijsberg-onderzoek kan, in onze opvatting, een waardevolle bijdrage leveren aan de beleidsvorming, mits er binnen dit vergelijkingskader de nodige differentiaties worden aangebracht.

Binnen de professionele zorg kan het ijsberg-fenomeen vanuit zeer verschillende achtergronden ingevuld worden. Bestudeert men het vanuit de intramurale zorg, dan komt men tot een geheel andere invulling van de top en de ijsberg, dan bij een bestudering vanuit het eerstelijnsnivo. Door hun verschillende taak en doelstelling kan bij ieder type professionele hulp een ander behoefte-gebied worden gedefinieerd. Iedere hulpverleningsorganisatie kent dus haar eigen ijsberg, waarbij de feitelijk door haar verleende

hulp het zichtbare gedeelte vormt. Wanneer hiervoor beleidsondersteunend onderzoek wordt verricht is het dan ook essentieel de organisatorische achtergrond en de doelstellingen van het onderzoek duidelijk te expliciteren, en van daaruit korresponderende criteria voor de psychosociale ijsberg en de zichtbare top te kiezen.

Een ander voorbeeld is het kuratieve versus preventieve perspectief van waaruit men naar het ijsbergfenomeen kan kijken. Vanuit een KURATIEF perspectief is het verdedigbaar de psychosociale ijsberg te beperken tot alleen de ernstige gevallen waarbij professioneel-kuratieve hulp werkelijk noodzakelijk is. Vanuit een PREVENTIEVE achtergrond kan men een veel ruimer uitgangspunt kiezen. Sekundaire preventie beoogt immers een vroegtijdige opsporing van psychosociale stoornissen die nog geen ernstig stadium hebben bereikt. Vanuit een primair preventief oogpunt kan de grens zelfs nog lager worden gesteld, nl. een verhoogde kans op het ontstaan van psychosociale nood op grond van de aanwezigheid van risikofactoren. Voor een preventieve benadering is het juist interessant om na te gaan wat voor psychosociale problemen - en dus niet alleen psychosociale stoornissen - er in de bevolking voorkomen, hoe men daarmee omgaat en onder welke condities psychosociale problemen uitgroeien tot psychosociale nood, en dus tot een behoefte aan professioneel kuratieve hulp. Kiest men voor de bodem van de ijsberg een overeenkomstig laag criterium, dan verwijst het onzichtbare gedeelte van de ijsberg dus niet noodzakelijk naar een ongedekte behoefte aan professionele hulp.

Van de hiervoor beschreven differentiaties is het dus afhankelijk of het ijsberg-fenomeen, zoals we dat in de epidemiologische literatuur aantreffen, al dan niet een reden vormt om het hulpverleningsbeleid te veranderen. Dergelijk, gedifferentieerd onderzoek kan tot TWEE TYPEN VAN KONKLUSIES leiden OVER DE BELEIDSMATIGE BETEKENIS VAN HET IJSBERG-FENOMEEN.

De EERSTE konklusie luidt:

Het gekonstateerde verschil tussen de ware prevalentie van psychosociale nood en de feitelijke hulpvraag bij de AGGZ, resp. de eerste lijn, impliceert dat deze hulpsectoren niet voldoen aan de behoefte in de samenleving aan professionele hulp op psychosociaal terrein. Het bereik van deze instanties is te beperkt en te selectief. Veel mensen die deze hulp nodig hebben, ontvangen haar niet of pas in een laat stadium. De professionele hulpverlening in haar huidige vorm biedt kennelijk geen adequaat antwoord op het voorkomen van psychosociale nood als maatschappelijk probleem. Voor de AGGZ is dit voldoende reden voor een wezenlijke beleidsverandering.

Afhankelijk van de geldigheid van de eerder besproken kritieken op de ijsberg-studies is ook een ALTERNATIEVE konklusie denkbaar:

Niet iedereen die epidemiologies gezien tot een probleemgroep gerekend kan worden heeft professionele hulp nodig, resp. hulp van de AGGZ. Alleen dat deel komt bij de AGGZ terecht die dergelijke hulp ook nodig heeft. Andere mensen met problemen of psychiatrische symptomen beschikken zelf of via hun leefomgeving over voldoende probleemoplossend vermogen, hun problematiek is niet ernstig genoeg van aard of zij vinden reeds voldoende steun binnen de eerste lijn. De AGGZ hoeft niet te streven naar een kwantitatieve uitbreiding van haar bereik, maar kan zich blijven richten op het verlenen van zo effectief mogelijke hulp aan diegenen die reeds van haar voorzieningen gebruik maken.

Op grond van de thans beschikbare informatie neigen we naar de eerste konklusie. Ook an wachtlijsten in de huidige AGGZ wijst in die richting. Om een verantwoorde keuze te kunnen maken beschikt de AGGZ thans nog over onvoldoende informatie omtrent psychosociale problemen en psychosociale nood in de samenleving en over de wijze waarop mensen daarmee omgaan.

4.8 ALTERNATIEVE OPLOSSINGEN VOOR HET BEHOEFTE-AANBOD VRAAGSTUK

Laten we eens aannemen dat de eerste konklusie juist is en er binnen de AGGZ beleidsverandering nodig is om behoefte en aanbod beter op elkaar af te stemmen. Over welke sturingsmechanismen beschikt de AGGZ? Tussen welke veranderingsstrategieën moet er dan een keuze gemaakt worden? Zoals we in hoofdstuk 1 hebben betoogd is inzicht in de konkrete beleidsalternatieven nodig om er voor te zorgen dat onderzoek en theorievorming tot praktijk-relevante informatie leiden.

Als startpunt bij de beantwoording van deze vragen kiezen we de diskrepantie tussen de professionele hulpbehoefte en het professionele aanbod aan kuratieve hulp. Bij de beantwoording hiervan zullen we ook stil staan bij de betekenis die het preventieve hulpaanbod vanuit de AGGZ kan hebben voor een betere afstemming.

Er zijn vier strategieën mogelijk om het verschil tussen de geregistreerde kuratieve hulpvraag en een vermoedelijk omvangrijker behoefte aan dergelijke hulp of te heffen of te verminderen.

1. De AGGZ neemt zelf een groter aandeel voor haar rekening van de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp bij psychosociale nood.
2. De AGGZ richt zich specifiek op die groepen en personen in de samenleving die haar professioneel-kuratieve hulp het meest nodig heeft.
3. De AGGZ bevordert dat andere instanties voorzien in de nog niet-gedekte behoefte aan professioneel-kuratieve hulp.
4. De AGGZ tracht de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp te verminderen middels preventieve activiteiten.

Binnen ieder van deze strategieën kunnen we vervolgens meerdere alternatieven onderscheiden om het zelfde strategiese doel te bereiken. We hebben deze alternatieven hieronder uitgewerkt.

1. uitbreiding van het aandeel dat de AGGZ verzorgt in de direkte hulpverlening aan mensen in psychosociale nood.

- a. de KAPACITEIT van de kuratieve AGGZ vergroten via:
 - personeelsuitbreiding ('meer van hetzelfde')
 - een grotere effectiviteit door verbetering van de deskundigheid
 - een grotere efficiëntie, door binnen dezelfde tijd aan meer mensen hulp te geven

dan voorheen (b.v. kortdurende therapieën, crisisinterventie, wachtlijstgroepen, groepstherapeutische benaderingen)

- vroegtijdiger hulp bieden en daardoor minder intensief en langdurig

b. de HULPVRAAG bij de kuratieve AGGZ vergroten via:

- een betere sociale en geografische bereikbaarheid van de AGGZ, (b.v. via veldteams, 24-uursbereikbaarheid, een duidelijke intake-procedure, aanpassing van het hulpaanbod op de leefcultuur van de doelgroepen)
- het opheffen van onnodige belemmeringen bij potentiële verwijzers om cliënten door te verwijzen naar de AGGZ (b.v. via voorlichting, zorgvuldige terugrapportage, public relations)
- het opheffen van belemmeringen bij potentiële cliënten om rechtstreeks of na verwijzing hulp te vragen bij de AGGZ (b.v. via voorlichting en door het opheffen van het stigma rond psychiatrische behandeling).

2. concentreren van de kuratieve AGGZ-hulp op degenen die deze hulp het meest nodig hebben.

- a. via SIGNALERING groepen in het zorggebied opsporen die aan deze hulp het meeste behoefte hebben en vervolgens bij de hulpverlening aan deze groepen prioriteit geven, b.v. door een sterkere inzet van hulpverleningspotentieel in gebieden met een hogere prevalentie of met relatief ernstiger stoornissen.
- b. SPECIFIEKE HULPVERLENINGSPROJEKTEN opzetten voor bepaalde groepen met ernstige psychosociale nood (b.v. een methadon-project)

3. bevorderen dat de eerste lijn haar hulp aan mensen in psychosociale nood uitbreidt, zodat een groter gedeelte van de behoefte aan professionele hulp gedekt wordt, zonder toename van de hulpvraag bij de AGGZ.

- a. de KAPACITEIT voor psychosociale hulp in de eerste lijn vergroten via:
 - pleiten voor het uitbreiden van het bestaande potentieel in de eerste lijn
 - introductie van nieuwe typen hulpverleners in de eerste lijn, b.v. de eerstelijns-psycholoog
 - gevoeligheid voor psychosociale nood in de eerste lijn vergroten en de kwaliteit van de hulp verbeteren (b.v. via consultatie of nascholing)
 - verhogen van de efficiëntie van de psychosociale hulp in de eerste lijn
- b. de psychosociale HULPVRAAG bij de eerste lijn vergroten door
 - de toegankelijkheid van de eerste lijn te verbeteren
 - opheffen van belemmeringen bij de potentiële cliënt om professionele hulp te vragen

4. de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp verlagen.

- a. PRIMAIRE PREVENTIE voorkomen dat zich psychosociale nood ontwikkelt door b.v.
 - stresserende omstandigheden op te heffen
 - probleemoplossende vermogens te versterken
 - de beschikbaarheid en toegankelijkheid van adequate informele hulp te vergroten
- b. SEKUNDAIRE PREVENTIE vroegtijdig hulpverlening (zie 1a en 3a)
- c. voorkomen dat professionele hulpverlening zelf een bron wordt voor het ontstaan van

psychosociale stoornissen vanwege hospitalisatie-effecten, individualisering en somatisering. In de terminologie van Illich (1975) noemen we dit PREVENTIE VAN KLINIESE IATROGENESE; bij Caplan (1964) valt dit onder de TERTIAIRE PREVENTIE.

- d. tegengaan van een toenemende professionalisering van de aanpak van psychosociale problemen, waardoor een verzwakking van natuurlijke probleemoplossende vermogens wordt tegengegaan. In de terminologie van Illich noemen we dit PREVENTIE VAN STRUKTURELE IATROGENESE.

De wijze waarop het ijsberg-fenomeen kan worden aangepakt is kennelijk nogal uiteenlopend. Dit kwam reeds eerder tot uiting in de verscheidenheid aan motivaties vanwaaruit de ijsberg-studies zijn opgezet (par. 4.4). Waarvan is de keuze tussen deze alternatieve strategieën nu afhankelijk?

Laten we voorop stellen dat we onze keuze niet hoeven te beperken tot één alternatief. Wanneer het behoefte-aanbod probleem langs meerdere wegen tegelijk wordt aangepakt, verhoogt dit waarschijnlijk het effect. Daarmee blijft de vraag: Wat is de haalbaarheid van ieder van de alternatieven en waar is deze van afhankelijk? Een belangrijke faktor in deze zijn uiteraard de financieel-politieke mogelijkheden. Zo is de uitbreiding van personeelscapaciteit in de eerste en tweede lijn afhankelijk van de totale economische situatie in ons land, van de politieke prioriteiten binnen het nationale budget en de prioriteiten die binnen de gezondheids- en welzijnszorg worden gekozen. Minstens op papier lijkt daarin de nadruk te worden gelegd op een versterking van de extramurale zorg, in het bijzonder de eerstelijnszorg, verder op een verschuiving van de kuratieve naar de preventieve zorg, en op een vergroting van de mogelijkheden tot zelfzorg (Van Etten, 1980; Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1980).

Zoals we in eerdere hoofdstukken reeds hebben betoogd, is de haalbaarheid van de verschillende strategieën mede afhankelijk van de beschikbaarheid van relevante informatie. Rekening houdend met de interpretatie-problemen rond het ijsberg-fenomeen, met de aard van de hiervoor genoemde strategieën en de landelijke tendenzen in de ontwikkeling van de gezondheidszorg is er vooral behoefte aan informatie over:

1. de identifikatie en lokalisering van risikogroepen
2. de wijze waarop mensen in hun natuurlijke context met hun psychosociale behoeften en problemen omgaan, en met name over de rol die informele hulp vervult bij het voorkomen van psychosociale nood en het bevorderen van de psychosociale ontplooiing
3. de wijze waarop behoefte aan professionele hulp, resp. de feitelijke hulpvraag tot stand komt, en de sociale en psychologische factoren die op het hulpzoeken van invloed zijn
4. de preventieve en kuratieve rol die de eerstelijns vervult bij de opvang van psychosociale problemen, resp. psychosociale nood.

De hier beoogde kennis-elementen zullen ieder op zich betekenis hebben voor het beleid. Echter, zowel het wetenschappelijk inzicht in het ijsberg-fenomeen als de beleidsmatige betekenis van deze kenniselementen zou aanzienlijk toenemen wanneer deze elementen een plaats zouden krijgen in één theoretisch model. Dit thema vormt het uitgangspunt voor ons volgende hoofdstuk.

5 hulpzoeken: achtergronden en proces

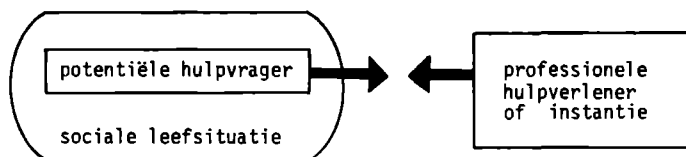
5.1 INLEIDING

Het doel van dit hoofdstuk is het beschrijven en verantwoorden van een theoretisch model over de wijze waarop de behoefte aan professionele zorg, de feitelijke vraag naar deze hulp en het verschil tussen beide tot stand komt. In het vorige hoofdstuk hebben we dit thema aangeduid met de term 'ijsberg-fenomeen'. Sterk verwant hiermee is de literatuur over het zogenoemde 'hulpzoekgedrag' (b.v. Fischer & Turner, 1970; McKinlay, 1973; Greenley & Mechanic, 1976; Brown, 1978; Asser, 1978; Gourash, 1978). In deze literatuur wordt het zoeken van hulp opgevat als een vorm van sociaal gedrag, waarbij met name de invloed van sociaal-psychologische factoren wordt onderzocht.

Onder HULPZOEKGEDRAG verstaan we die gedragingen welke tot doel hebben hulp te krijgen van anderen, bij het verhelderen of oplossen van een ervaren probleem, dan wel bij het verminderen van de last ervan. Strikt genomen vallen onder de term 'zoeken' ook gedragingen als b.v. het zoeken van een telefoonnummer van een hulpverleningsinstantie in een telefoonboek. Het is echter gebruikelijk in deze literatuur het begrip 'hulpzoekgedrag' te beperken tot het al dan niet contactleggen met hulpverleners en tot de wijze waarop hulp gevraagd wordt. Verder zullen we in deze studie het onvrijwillig hulpzoeken (b.v. gedwongen opname) buiten beschouwing laten, aangezien we ons uitsluitend op vormen van ambulante hulpverlening zullen richten.

We gaan ervan uit dat de aanwezigheid van psychosociale problematiek, resp. nood, een noodzakelijke voorwaarde is voor het zoeken van professionele psychosociale hulp. Blijkt het vorige hoofdstuk is deze verklaring echter verre van voldoende. We zullen in dit hoofdstuk op zoek gaan naar mogelijke andere variabelen die mede het hulpzoekgedrag verklaren.

Het ontwikkelen van een theoretisch model over de relatie tussen de feitelijke vraag en de behoefte aan professionele hulp is vanuit een tweetal optieken mogelijk, nl. (a) vanuit de professionele hulpverleningsinstantie of hulpverlener, en (b) vanuit de potentiële hulpvrager en diens sociale leefsituatie. Schematies:



Beide optieken zijn reeds in hoofdstuk 1 aan de orde geweest als indelingskriterium voor de sociale epidemiologie. De eerste optiek is primair een ORGANISATORIESE. De hiermee korresponderende modellen concentreren zich op structurele kenmerken en funktioneringswijzen van hulpverleningsinstanties, alsook op externe omstandigheden, welke de hulpverleningscapaciteit in kwantitatieve of kwalitatieve zin beïnvloeden. Een aantal van deze organisatie-aspekten zijn uitgewerkt in het 'Werkboek Modellenbouw RIAGG' (NVAGG, 1982). In paragraaf 4.8 hebben we een aantal van deze variabelen de revue laten passeren, zoals het al of niet ontwikkelen van veldteams of het toepassen van meer efficiënte hulpverleningsmethoden.

In de benadering vanuit de tweede optiek staat de POTENTIELE HULPVRAGER EN DIENS SOCIALE LEEFSITUATIE centraal. De aanwezigheid van psychosociale problemen of nood vormt hierbij meestal het startpunt. De modellen beschrijven voorts hoe de uiteindelijke hulpvraag tot stand komt onder invloed van een reeks individuele en situationele factoren. Deze benadering is typerend voor de literatuur over het 'hulpzoekgedrag'.

Ligt in het eerste type modellen de nadruk op de beschrijving, verklaring en beïnvloeding van het professionele hulpaanbod, bij de tweede benadering geldt dit voor de behoefte aan professionele hulp. Overeenkomstig de eerder gepresenteerde opvatting dat het hulpaanbod dient te worden afgestemd op een analyse van de hulpbehoefte, vormt - idealiter - de analyse vanuit de tweede optiek de basis voor het invullen van de eerste optiek.

In de praktijk van de AGGZ en de RIAGG-vorming is dit echter nog nauwelijks het geval. Hilberink (1979) laat dit duidelijk zien in zijn beschrijving van de herorganisatie van de Maastrichtse AGGZ. In theorie wordt weliswaar gesteld dat:

"de doelstelling en het takenpakket opgesteld moeten worden vanuit de behoeften vanuit de maatschappij en vanuit vragen welke de maatschappij aan het zorgsysteem AGGZ stelt." (pag. 86)

In de praktijk blijkt echter een ingrijpende herorganisatie te zijn doorgevoerd zonder dat deze is gestuurd vanuit een analyse van regionale behoeften aan AGGZ-hulp. De resultaten van een kleinschalige behoeftepeiling onder eerstelijns werkers kwamen pas in de eindfase van de herorganisatie beschikbaar. Afgezien daarvan kregen de conclusies uit het onderzoek weinig akseptatie. Een ander voorbeeld vormt het voornoemd 'Werkboek Modellenbouw RIAGG'. De gepresenteerde modellen van de hulpverleningsorganisatie zijn hoofdzakelijk gebaseerd op algemene inzichten in organisatie-ontwikkeling, organisatie-

problemen van de oude instellingen, kenmerken van het beschikbare hulpverlenerspotentieel, het takenpakket en de zorg voor het behoud van het specialistiese karakter van de tweede lijn. Behoudens onderscheidingen naar regiogrootte en naar stad en platteland, wordt er nauwelijks stil gestaan bij het sturen van de reorganisatie aan de hand van de behoeften van bevolking of eerste lijn.

Gezien de voorgaande overwegingen zullen we ons in deze studie primair richten op de potentiële hulpvrager, diens problematiek, sociale leefsituatie, behoefte aan hulp en het feitelijk hulpzoekgedrag. We zoeken daarbij naar een theoreties model dat een beschrijving geeft van de wijzen waarop het hulpzoekproces kan verlopen en tevens verklaringen biedt voor individuele verschillen in het hulpzoekgedrag. Dit impliceert, in onze opvatting, de behoefte aan een multikausaal model. Gezien de discipline vanwaaruit we het hulpzoekgedrag benaderen zal de kern van een dergelijk model in ieder geval sociaal-psychologies van aard zijn.

In de literatuur over hulpzoekgedrag zijn verschillende typen studies te onderscheiden. Sommige studies beperken zich tot het onderzoeken van relaties tussen hulpzoekgedragingen en demografiese variabelen, anderen tot de relatie met variabelen van sociaal-psychologiese aard, en weer anderen betrekken beide typen variabelen bij hun onderzoek. In paragraaf 5.2 zullen we eerst een overzicht geven van een aantal demografiese variabelen, die met hulpzoeken in verband zijn gebracht. Zij kunnen ons inzicht geven in de sociale selectie in het hulpzoeken.

De meeste aandacht in dit hoofdstuk zal uiteraard worden besteed aan de sociaal-psychologiese variabelen die aan het hulpzoeken zijn gerelateerd. In paragraaf 5.3 en volgende bespreken we de literatuur hierover, ingedeeld naar onderscheiden theoretiese modellen. Op een kritiese bespreking hiervan baseren we het theoreties model vanwaaruit we ons empiries onderzoek hebben opgezet.

5.2 DEMOGRAFIESE VARIABELEN EN HULPZOEKGEDRAG

Het zoeken van hulp voor psychosociale problemen bij professionele instellingen is met een uitgebreide reeks demografiese variabelen in verband gebracht. Voor ons land biedt het Sociaal Cultureel Rapport 1980 hiervan een duidelijk voorbeeld. In paragraaf 5.2.1 hebben we hieruit de belangrijkste bevindingen samengevat. Zij geven een goede totaalindruk van de relatie tussen hulpzoekgedrag en de diverse demografiese kenmerken. Verder gaan we nader op een aantal demografiese variabelen afzonderlijk in. Aangezien sexe en de sociaal-ekonomiese status in sociaal-epidemiologies onderzoek de meeste aandacht heeft gekregen, zullen we hieraan aparte aandacht besteden (5.2.2 en 5.2.3).

Ook aan variabelen zoals 'sociale integratie' en 'kenmerken van het sociale netwerk' is de afgelopen 10 jaar nogal wat aandacht besteed, gezien de groeiende interesse voor natuurlijke ondersteunings- en zelfhulpsystemen. Hoewel deze variabelen in zekere zin ook als 'demografies' kunnen worden opgevat, zullen we hen pas later in dit hoofdstuk bespreken (par. 5.6), omdat we hen in eerste instantie als een sociaal-psychologies gegeven zullen beschouwen.

5.2.1 Sociaal Cultureel Rapport 1980

Het S.C.R. 1980 geeft een overzicht van het gebruik van diverse hulpverleningsinstaties uitgesplitst naar bevolkingscategorieën. Gezien het thema van onze studie zijn we vooral geïnteresseerd in de hulpvraag bij de huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de AGGZ. De gegevens hierover uit het S.C.R. (pag. 322 e.v.; pag. 344 e.v.) hebben we samengevat in tabel 5.1. Hierbij moeten we opmerken dat de gegevens over de huisarts en het AMW betrekking hebben op alle contacten en dus niet alleen op de presentatie van psychosociale problemen.

Tabel 5.1 Bevolkingsgroepen met een relatief frekwenter gebruik van de huisarts, AMW en AGGZ (Bron: Sociaal Cultureel Rapport).¹⁾ (1980)

demografiese variabelen	HUISARTS	AMW	AGGZ
sexe	- vrouwen	vrouwen	vrouwen
burgerlijke staat/ ²⁾ huishouden	- hoofd eenoudergezin - weduwe, weduwnaar, gescheiden zonder kinderen	hoofd eenoudergezin weduwe, weduwnaar, gescheiden zonder kinderen	hoofd eenoudergezin weduwe, weduwnaar, gescheiden zonder kinderen
leeftijd	- 55 jaar en ouder	65 jaar en ouder	25 - 54 jaar (weinig boven 55 jr.)
beroep/activiteit	- uitkeringstrekkers - gepensioneerden - (weinig) - ----- ³⁾	uitkeringstrekkers ----- ³⁾ (weinig) handarbeiders, lagere employees	uitkeringstrekkers (weinig gepens.) scholieren, studenten ----- ³⁾
opleiding	- laag opleidingsnivo	laag opleidingsnivo	hoog opleidingsnivo
inkomen	- laag inkomensnivo (ook midden/hoog)	laag inkomensnivo (weinig midden/hoog)	laag inkomensnivo (ook midden/hoog)
kerkgenootschap	- gereformeerden	weinig gereformeerden	gereformeerden, geen kerkg., hum. verbond
urbanisatiegraad	- ----- ³⁾	grote steden en platteland	grote steden
landsdeel	- noord	oost	west

¹⁾ Deze tabel vormt een door de auteur (C.H.) samengestelde samenvatting.

²⁾ Er waren geen duidelijke verschillen tussen gehuwden en ongehuwden.

³⁾ Geen duidelijke afwijkingen van het gemiddelde; aangezien het SCR geen standaard deviaties geeft, en geen significantietoetsen, hebben we hier alleen duidelijk opvallende afwijkingen weergegeven.

Opvallend is dat een aantal risikogroepen, waartoe we in hoofdstuk 3 konkludeerden, een hoger gebruik te zien geven bij alle drie genoemde instanties. Deze risikogroepen zijn: de gescheiden levenden (m.n. hoofden van éénoudergezinnen), vrouwen en uitkeringstrek- kers. De resultaten geven dus ten aanzien van deze bevolkingsgroepen geen aanleiding om te spreken van sociale selectie in het hulpzoeken.

Leeftijd, opleidingsnivo en beroep/activiteit-eveneens risico-indicatoren - geven echter wel een wisselend beeld te zien. Het gebruik van de hulp van de huisarts en het AMW is sterker onder ouderen en mensen met een lager opleidingsnivo, terwijl onder de AGGZ-kliënten vooral de mensen tussen 25 en 54 jaar en degenen met een hoger opleidings- nivo sterk vertegenwoordigd zijn. Over het algemeen is het AMW het sterkst georiënteerd op de lagere SES-groepen en de AGGZ het minst.

Wat betreft de binding aan een kerkgenootschap vormen de gereformeerden een opval- lende groep door hun relatief hoog gebruik van de huisarts en de AGGZ. Dit is te meer opvallend, aangezien althans het S.C.R. 1980 voor een sterkere aanwezigheid van proble- men of stress in deze bevolkingsgroep geen aanwijzingen biedt.

De AGGZ krijgt haar cliënten sterker uit de grote steden dan uit de overige steden en het platteland. Op huisarts en AMW wordt verhoudingsgewijs op het platteland (excl. de forensengemeenten) in de zelfde mate een beroep gedaan als in de grote steden. Ten- slotte is het opvallend hoezeer het gebruik van deze drie instanties wisselt tussen de landsdelen.

We konkluderen dat alle risikogroepen uit hoofdstuk 3 eveneens opvallen door een frekwenter gebruik van een of meer hulpverleningsinstanties. Voor sommige risikogroepen geldt dit voor alle instanties; voor andere risikogroepen concentreert het hulpzoekge- drag zich kennelijk op een specifieke vorm van hulpverlening, m.a.w. er is sprake van sociale selectie in de richting van het hulpzoeken. Hoewel mensen met een lager oplei- dingsnivo en ouderen in de bevolking een hoger psychosociaal risico vertonen, maken zij juist relatief minder gebruik van de AGGZ. Zoals we hierna nog zullen aantonen, bete- kent het voorgaande niet zonder meer dat bij de keuze tussen het wel of niet zoeken van hulp sociale selectie afwezig is.

5.2.2 Sexe

De meeste studies tonen aan dat vrouwen meer hulpzoekgedrag vertonen dan mannen (Gurin et al., 1960; Suchman, 1965; Calhoun et al., 1972; Cassee, 1973; Engelsdorp-Gastelaars et al., 1974; Greenley et al., 1976; Tessler et al., 1976; Mechanic, 1976; Horwitz, 1977b; Davidson, 1978; DePaulo, 1978; Northman, 1978; Atwell et al., 1978; Brown, 1978; Chiriboga et al., 1979; S.C.R., 1980). De vraag is allereerst of deze bevinding voort- komt uit een hogere prevalentie van stoornissen bij vrouwen (par. 3.4.2) of uit een sexe-gebonden hulpzoekneiging. In driekwart van de genoemde studies werd de invloed van de prevalentie op enigerlei wijze onder controle gehouden. Dit pleit voor de interpre- tatie dat sexe ook aan het hulpzoekgedrag zelf gerelateerd is.

Voor Kessler et al. (1981) vormde het interpretatieprobleem rond deze relatie de basis voor een publikatie waarin zij de resultaten van een viertal grootschalige survey-

studies bespreken. Zij konkluderen uit hun analyse:

"Although screening scales of psychiatric morbidity in all four surveys show women to have more emotional problems than men, there is also a consistent tendency for women to seek psychiatric help at a higher rate than men with comparable emotional problems. A decomposition of the helpseeking process into stages shows that this sex difference is largely due to the fact that women translate nonspecific feelings of distress into conscious recognition that they have an emotional problem more readily than men do." (pag. 49)

Vrij vertaald, wanneer problemen eenmaal als 'psychosociaal' herkend waren, bleek er geen verschil meer te bestaan tussen mannen en vrouwen in hun subjectieve behoefte aan professionele hulp en evenmin in hun feitelijke hulpzoekgedrag. Deze resultaten zijn consistent met de bevindingen van Gurin et al. (1960) en met de replikatie-studie hiervan door Veroff et al.¹⁾

Horwitz (1977b) vond dat vrouwen in vergelijking tot mannen hun problemen tweemaal zo vaak bespreken met anderen in hun sociale netwerk, vaker professionele hulp hebben ingeroepen voordat ze bij de GGZ kwamen, een positievere houding hebben ten aanzien van het vragen van psychiatrische hulp en hun eigen problemen ook vaker in psychiatrische termen definiëren. Wat de onderlinge relaties tussen deze fenomenen zijn en of hiertussen een kausale relatie bestaat, wordt uit het artikel niet duidelijk. Suchman (1965) kwam reeds eerder tot vergelijkbare conclusies met betrekking tot de verwerking van lichamelijke problemen.

De huisarts. Horwitz, Suchman, alsook Giel (1972) vonden geen directe invloed van sexe op het hulpzoeken bij de huisarts. Ook Folmer (1968) toonde aan dat het frequentere hulpzoekgedrag onder de vrouwen in zijn praktijk geheel terug te voeren was tot het groter aantal klachten dan vrouwen ervaren in vergelijking tot mannen. Cassee vond echter wel een hogere mediese consumptie bij de huisarts na konstanthouding van het aantal ziekte-dagen en het aantal lichamelijke klachten ten gevolge van stress. Een zelfde resultaat vinden we in een onderzoek van Phillips en Segal (1969) onder de bevolking van een kleine gemeente in New England. Binnen de groep met veel lichamelijke ziekten en een hoge psychiatrische indexscore deden vrouwen vaker een beroep op de hulp van de huisarts dan mannen. Tessler et al. (1976) kwamen tot eenzelfde conclusie. Na controle voor andere variabelen bleek sexe zich zelfs als enige van een reeks van prediktoren te handhaven. Tenslotte vonden ook Gurin en de zijnen, na een uitsplitsing naar hulpzoekrichting, alleen ten aanzien van de huisarts een consistent sexe-verschil. Vrouwen, en bij voorkeur jonge vrouwen en vrouwen met een hoger opleidingsnivo, wendden zich vaker met hun psychosociale problematiek tot de huisarts dan mannen.

GGZ-instanties. Geen sexe-verschil vonden Gurin en de zijnen ten aanzien van het hulpzoeken bij GGZ-instanties en zelfstandige psychotherapeuten. Deze conclusie wordt bevestigd door Srole et al. (1962), waarbij ze de ernst van de psychische stoornissen konstant hielden. In meer recente studies treffen we echter wel een sexe-verschil aan. Zo kunnen Greenley en Mechanic (1976) en Grosser (1979) in hun onderzoek bij vrouwen een veel hoger hulpzoekpercentage, onafhankelijk van de mate van psychosociale nood.

¹⁾ Geciteerd in Kessler et al. (1981, pag.64)

Hiermee stemt de bevinding van Calhoun et al. (1972) overeen dat vrouwen een positievere houding hebben ten aanzien van het zoeken van psychologische hulp. Na konfrontatie met een aantal hypothetische probleemsituaties kwamen DePaulo (1978) en Northman (1978) tot eenzelfde konklusie wat betreft de schoolgaande jeugd. Dit wijst er vermoedelijk op dat het sexe-gebonden hulpzoekgedrag reeds in een vroeg stadium wordt aangeleerd. Smits (1978) verrichtte een exploratief onderzoek naar de samenhang tussen kenmerken van ouders en de presentatie van gezondheidsstoornissen van hun kinderen aan de huisarts. Hij rapporteert enkele resultaten die deze veronderstelling lijken te bevestigen. Meisjes presenteren wat meer klachten bij de huisarts dan jongens; het klachtgedrag van de moeder is van sterkere invloed op het aantal gepresenteerde klachten van de kinderen dan dat van de vader, en de klachtenpresentatie van de ouders is sterker van invloed op de klachtfrekwentie van de meisjes dan van de jongens.

Atwel et al. (1978) tonen aan dat er voor de overrepresentatie van vrouwen in ambulante GGZ-voorzieningen drie verklaringen mogelijk zijn. Naast een grotere psychosociale nood, en een aangeleerde neiging tot hulpzoeken vonden zij nog een derde verklaring. Vrouwen blijken zich vaker tot AGGZ-instanties om hulp te wenden vanwege andere gezinsleden. Hierin weerspiegelt zich de traditionele rol die de vrouw in het gezin veelal nog inneemt. Binnen het gezin vervult zij kennelijk de signaleringsfunctie ten aanzien van emotionele problemen. Ook de resultaten uit het nationale survey van Gurin et al. (1960) wijzen in deze richting. Jonge vrouwen bleken veel vaker dan jonge mannen hulp te zoeken voor relatieproblematiek. Hulpzoeken vanwege problemen op het werk of in verband met de studie werd uitsluitend bij jonge mannen gevonden.

Relevant in dit kader is tenslotte de bevinding van Jourard (1971) dat vrouwen meer 'self-disclosure' vertonen dan mannen, d.w.z. meer over hun persoonlijke ervaringen met anderen praten (zie ook par. 5.6.4).

We konkluderen dat vrouwen bij de ervaring van lichamelijk of psychosociale problemen eerder hulpzoeken dan mannen. Een aantal studies over psychosociale problematiek laten zien dat dit hogere hulpzoekpercentage mogelijk moet worden toegeschreven aan een sterkere neiging bij vrouwen om niet-specifieke gevoelens van onwelbevinden eerder te herkennen of erkennen als emotionele of psychosociale problematiek. Er zijn echter ook studies die wijzen op een rechtstreekse invloed van sexe op het hulpzoekgedrag. Dat geldt in ieder geval voor het gebruik van informele hulp. De resultaten ten aanzien van de hulpzoekrichting binnen het professionele circuit zijn minder eenduidig. Sexe hangt of niet samen met het zoeken van hulp bij de huisarts, ofwel vrouwen maken hiervan meer gebruik. Recente studies over het gebruik van AGGZ-voorzieningen wijzen eveneens op een frekwenter hulpvraag van vrouwen wanneer de mate van problematiek konstant werd gehouden.

5.2.3 Sociaal-ekonomiese status(SES)

Een groot aantal studies melden een minder sterke neiging tot hulpzoeken in de lagere SES-groepen (Gurin et al., 1960; Srole et al., 1962; Zola, 1964; Michael, 1967; Stringham, 1969; Fischer & Cohen, 1972; Cassee, 1973; Lee et al., 1974; Kelly, 1976;

Dutton, 1978; Kulka et al., 1979; Chiriboga et al., 1979). In de meeste van deze studies is dit verband aangetoond met konstanthouding van psychosociale, resp. lichamelijke stoornissen. Eerder hebben we gekonstateerd dat er in de lagere SES-groepen relatief meer psychosociale stoornissen voorkomen.

GGZ-instanties. Illustratief is de bevinding van Srole et al. (1962). Binnen de groep die in hun bevolkingsonderzoek door psychiaters als 'impaired' werd beschouwd, onderzochten zij de relatie tussen de SES en het contact met GGZ-voorzieningen. In de lagere SES-groepen bleek van deze personen 'probably in need of help' slechts 1.1% hulp te ontvangen van ambulante hulpverleners, terwijl het percentage in de hogere SES-groepen 19.1% bedroeg. Van de eerste groep had 21.0% in het verleden ooit ambulante of intramurale GGZ-hulp ontvangen, terwijl dit in de laatste groep 51.5% was. De SES was met de ware prevalentie dus negatief gerelateerd, maar met de behandelingsprevalentie positief. In de lagere sociale klassen met de meeste stoornissen vonden zij dus de minste kans op GGZ-hulp.

Verder bespreken Gleiss et al. (1973) en Buytendijk et al. (1977) een aantal studies waaruit mag worden afgeleid dat personen uit de lagere SES-groepen het hulpzoeken langer uitstellen. De studies van Gurin et al. (1960), Cassee (1973) en Weerts (1981) bevestigen deze konklusie.

Recente studies wijzen er echter op dat de laatste 10 jaar - althans in de VS - deze sociale selectie in het verkrijgen van professionele hulp is afgenomen. Kulka et al. (1978) vonden weliswaar nog steeds een verschil in hulpzoekgedrag tussen de SES-groepen, maar dit bleek veel geringer te zijn dan twintig jaar eerder door Gurin en de zijnen in een vergelijkbare studie werd gevonden. Een aantal studies vinden zelfs in het geheel geen verband tussen opleiding en inkomen enerzijds en anderzijds het gebruik van professionele hulp in het algemeen (Brown, 1978), de houding ten aanzien van het zoeken van professionele hulp (Pfeiffer, 1978), het gebruik van GGZ-voorzieningen en krisiscentra (Tischler et al., 1975; Baker, 1977).

De afname of zelfs het ontbreken van deze verschillen wordt voor een belangrijk deel toegeschreven aan het succes van de 'Community Mental Health Centers'. Sinds het begin van de Community Mental Health Movement in de zestiger jaren is er met name naar gestreefd deze sociale selektiviteit in het hulpzoeken en hulpverleners op te heffen. Ondersteuning voor deze verklaring vinden we bij Stern (1977). In tegenstelling tot de oudere studies (zie Gleiss et al., 1973) vindt zij geen SES-effecten meer bij het al of niet aksepteren voor behandeling, de aard van de therapie en het aantal therapie sessies in een veertigtal ambulante GGZ-voorzieningen.

Voor ons land zijn er twee studies beschikbaar die ons informatie bieden over de relatie tussen SES en het gebruik van de AGGZ. Zowel De Haan en Van Paassen (1977) als het S.C.R. 1980 vonden dat hoger opgeleiden vaker een beroep doen op de AGGZ, dan lager opgeleiden, terwijl juist in deze laatste groepering de meeste psychosociale nood gevonden wordt. Beide studies vinden geen duidelijke verschillen naar beroepsstatus. Het inkomensniveau bleek bij De Haan en Van Paassen positief aan het gebruik van AGGZ-hulp te zijn gerelateerd, terwijl het S.C.R. naar een negatief verband neigt. In de eerste studie werd de intensiteit van de problematiek konstant gehouden en in de tweede studie niet.

Op grond van de voorgaande studies mag men dus veronderstellen dat er een positief verband bestaat tussen SES en het gebruik van de AGGZ.

De huisarts. Onder degenen die professionele hulp gezocht hadden, vonden Kulka en de zijnen dat de midden en lagere SES-groepen relatief vaker een beroep deden op de hulp van de huisarts of pastor, terwijl de hogere SES-groepen relatief vaker hulp zochten bij psychiaters, psychologen, huwelijksburo's en andere GGZ-voorzieningen. Wanneer de lagere SES-groepen relatief minder hulpzoeken, maar - indien zij dat doen - de hulpvraag vooral op de huisarts is gericht; en wanneer de hogere SES-groepen relatief vaker professionele hulp zoeken, maar zich dan minder vaak tot de huisarts wenden, dan zou dit kunnen betekenen dat er door hogere en lagere SES-groepen uiteindelijk evenveel hulp wordt gezocht bij de huisarts als reactie op de ervaring van psychosociale problemen.

Tessler et al. (1976) vonden inderdaad geen eigen bijdrage van beroep, opleiding en inkomen aan de prediktie van de mediese consumptie in de huisartspraktijk. Dit komt overeen met de bevindingen die op grond van een multivariate analyse in het S.C.R. 1976 worden gerapporteerd. Cassee (1973) vond eveneens geen relatie voor wat het opleidingsniveau betreft. Na echter alle andere factoren onder controle te hebben gebracht, waaronder indicatoren voor ziekte en stress, vond hij een positief verband. Hoger opgeleiden bleken vaker een beroep te doen op de huisarts dan lager opgeleiden onder gelijke omstandigheden. Of dit ook geldt voor de presentatie van psychosociale klachten, wordt uit deze studies niet duidelijk.

De overwegende konklusie uit de hiervoor besproken studies is dat mensen uit lagere SES-groepen minder professionele hulp zoeken als reactie op ernstige psychosociale problemen in objectieve of subjektieve zin - en dit hulpzoeken bovendien langer uitstellen. Een sociaal-selektieve invloed lijkt nog het sterkst aanwezig voor wat betreft het gebruik van AGGZ-voorzieningen. Er zijn echter aanwijzingen dat - althans voor de VS - dit SES-effekt de laatste 10 jaar is afgenomen. Over de relatie tussen SES en de psychosociale hulpvraag bij de huisarts bestaat nog weinig helderheid. De weinige onderzoeksgegevens hierover laten geen eenduidige konklusie toe.

Wanneer de lagere SES-groepen minder gebruik maken van professionele hulp, zijn er dan aanwijzingen dat zij dan in ruimere mate kunnen beschikken over informele hulp? In dat geval zou er immers in deze groepen ook minder behoefte aan professionele hulp kunnen zijn. Een tweetal studies die hierover informatie bieden, geven echter juist een lager gebruik van informele hulp te zien bij deze SES-groepen (Gurin et al., 1960; Chiriboga et al., 1979). Dit impliceert dat de laagste SES-groepen een extra risicogroep vormen aangezien bij hen relatief meer ernstige psychosociale stoornissen worden gevonden en zij zowel minder informele als professionele, psychosociale hulp ontvangen.

5.2.4 Overige demografiese variabelen

Hoewel in epidemiologies onderzoek de BURGERLIJKE STAAT regelmatig in verband gebracht is met de ware prevalentie en de behandelingsprevalentie van psychiese stoornissen, is de mogelijke invloed ervan op het hulpzoekgedrag veel minder onderzocht. De beschikbare onderzoeksresultaten wijzen erop dat de burgerlijke staat, na konstanthouding van andere factoren geen relatie vertoont met het hulpzoekgedrag (Greenley & Mechanic, 1976; Tessler et al., 1976; De Haan en Van Paassen, 1977; Brown, 1978).

Voorts is de algemene indruk dat het zoeken van informele en professionele psychosociale hulp afneemt naarmate de LEEFTIJD hoger is (Gurin et al., 1960; Kelly, 1976; De Haan & Van Paassen, 1977; Brown, 1978). Chiriboga et al. (1979) toonden eenzelfde verband aan voor het gebruik van informele hulp bij echtscheidingsproblemen. Verder zijn er aanwijzingen dat ook de keuze van het type hulpverlener leeftijdsgebonden is, hoewel dit verband verschillend is voor mannen en vrouwen (Gurin et al., 1960). In dit zelfde onderzoek bleek ook de BINDING AAN EEN KERKGENOOTSCHAP op de hulpzoekrichting van invloed te zijn. Bezoekt men regelmatig de kerk, dan werd vaker hulp gezocht bij een pastor. Noch Gurin en de zijnen, noch De Haan en Van Paassen vonden duidelijke relaties tussen kerkelijke bindingen en het gebruik van gespecialiseerde hulpverleningsinstanties op psychosociaal terrein.

In Gurin's studie bleek het hulpzoekgedrag eveneens te verschillen naar de URBANISATIEGRAAD van de woongemeente. In de steden wordt meer professionele hulp gezocht dan in de kleinere gemeenten op het platteland. Wordt in deze laatste gemeenten hulp gezocht, dan speelt de huisarts als hulpverlener een veel belangrijker rol dan in grotere gemeenten. Het S.C.R. (1980) komt tot een overeenkomstige bevinding (tabel 5.1). Deze bevindingen zijn vooral interessant omdat wij ons empiries onderzoek in een kleine plattelandsgemeente hebben uitgevoerd. Kahn en Perlin (1967) vonden dat ook de BEVOLKINGSDICHTHEID, gemeten via het gemiddeld aantal personen per kamer, positief samenhangt met het hulpzoeken bij GGZ-instanties. Deze samenhang kon niet worden verklaard uit een eventuele hogere 'ware' prevalentie in de dichtbevolkte gebieden. Het is waarschijnlijk dat bevolkingsdichtheid en urbanisatiegraad dezelfde lokaliserende waarde hebben.

5.2.5 Konklusie

Er zijn slechts weinig studies waarbij - op grond van een multivariate analyse over een reeks demografiese prediktoren - een combinatie van variabelen is aangegeven die het hulpzoekgedrag het beste voorspelt onafhankelijk van verschillen in de ernst van de psychosociale problematiek. Een dergelijke analyse is noodzakelijk omdat de demografiese variabelen onderling niet alle onafhankelijk zijn. Eigenlijk vonden we dergelijke studies alleen bij de bestudering van de mediese consumptie in de huisartspraktijk. Zo kwamen Tessler et al. tot de konklusie dat alleen sexe een eigen prediktieve bijdrage levert. Cassee vond een combinatie van sexe, leeftijd en opleiding.

Beoordelen we de hiervoor besproken variabelen afzonderlijk dan lijkt het hulpzoekgedrag te zijn gerelateerd aan sexe, sociaal-ekonomiese status, leeftijd, kerkgenootschap en urbanisatiegraad. De studies bevestigen daarmee onze veronderstelling dat er bij het tot stand komen van hulpvragen een proces van sociale selectie optreedt. Dit is zowel het geval ten aanzien van de neiging tot hulpzoeken in het algemeen, als ook ten aanzien van de keuze van de hulpzoekrichting.

Uit de studies is voorts duidelijk naar voren gekomen dat het bij dergelijk onderzoek van belang is verschillen in het voorkomen van psychosociale problematiek, resp. nood, onder controle te houden. Veel van de hier besproken variabelen hebben immers eveneens relaties met deze 'ware' prevalentie, hetgeen bij onderzoek over hulpzoekgedrag gemakkelijk tot schijnverbanden kan leiden.

Het aantonen van relaties met sociaal-demografische variabelen beantwoordt slechts ten dele aan onze behoefte aan inzicht in de sociale selectieprocessen die zich rond het hulpzoekgedrag afspelen.

Allereerst verschaffen deze relaties ons nog weinig duidelijkheid over het 'waarom' van deze gedragsverschillen tussen bevolkingsgroepen. Om beleidskonsekventies te kunnen trekken (par. 4.7 en 4.8) is meer inzicht nodig in de redenen waarom bepaalde bevolkingsgroepen minder gebruik maken van hulpverleningsinstanties. Zo maakt het een heel verschil uit of een laag gebruik wordt toegeschreven aan een grote sociale afstand ten opzichte van het sociaal-kulturele klimaat van een hulpverleningsinstantie, dan wel aan de ruime beschikbaarheid van informele hulp. Onderzoek van meer sociaal-psychologische aard kan ons inzicht in deze achtergronden vergroten.

Ten tweede kunnen sociaal-psychologische variabelen een sociaal-selektieve invloed op het hulpzoekgedrag hebben, zonder dat deze invloed gebonden is aan verschillen tussen bevolkingsgroepen. Het gaat dan om individuele verschillen, b.v. op grond van eerdere ervaringen met professionele hulpverleners. In de navolgende paragrafen zullen we ons specifiek met deze sociaal-psychologische benadering van hulpzoekgedrag bezig houden.

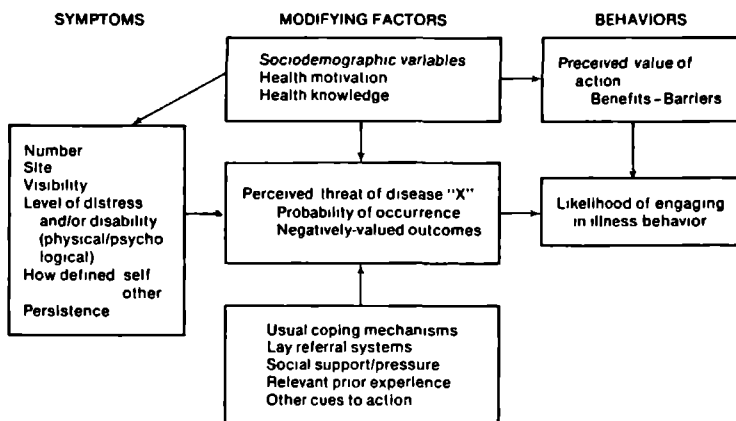
5.3 KOGNITIEVE MODELLEN OVER ZIEKTE- EN GEZONDHEIDSGEDRAG

Voorzover hulpzoekstudies van expliciete sociaal-psychologische verklaringsmodellen uitgaan kunnen we deze onderscheiden in twee typen, nl. MODELLEN OVER ZIEKTE EN GEZONDHEIDSGEDRAG en de zogenoemde FASENMODELLEN VAN HET HULPZOEKEN. Ziektegedragstudies bestuderen het hulpzoeken vanuit een overwegend cognitief verklaringsmodel. Studies van het tweede type onderscheiden zich van de eerste door het hulpzoeken niet als een eenmalige akt, maar als een gefaseerd keuzenproces te beschouwen en daarbij bovendien een reeks van alternatieve hulpzoekgedragingen en probleemreacties te specificeren. Het hulpzoekproces kan een keten van opeenvolgende hulpzoekgedragingen omvatten. We zullen in deze paragraaf eerst de modellen over ziekte- en gezondheidsgedrag bespreken omdat deze systematies een aantal cognitieve variabelen beschrijven, die ook in de fasenmodellen terug te vinden zijn, hoewel deze daar vaak minder systematies worden beschreven.

5.3.1 Het Health Belief Model

De theorie over ziekte- en gezondheidsgedrag zoals deze door Becker (1979) in navolging van Rosenstock (1974) en Kasl en Cobb (1966) is uitgewerkt staat bekend als het 'HEALTH BELIEF MODEL (HBM)'. Deze theorie heeft de laatste jaren ruime belangstelling ondervonden van epidemiologen en wordt door sommigen als het meest adequate model beschouwd om ziekte- en gezondheidsgedrag te verklaren.

Onder GEZONDHEIDSGEDRAG wordt iedere activiteit van een persoon verstaan, die gelooft dat hij gezond is, welke tot doel heeft ziekte te voorkomen of deze te ontdekken wanneer er zich nog geen symptomen voordoen. In haar oorspronkelijke formulering veronderstelt het HBM dat mensen over het algemeen geen preventieve hulp zoeken of hun gezondheid laten onderzoeken, tenzij zij over een minimaal nivo aan gezondheidsmotivatie en kennis beschikken, zichzelf als kwetsbaar zien en hun toestand als bedreigend (subjektief risico), overtuigd zijn van de effectiviteit van de interventie en weinig moeilijkheden voorzien bij het ten uitvoer brengen van het aanbevolen gedrag.



Figuur 5.2 Het Health Belief Model toegepast op de verklaring van ziektegedrag (ontleend aan Becker, 1979, pag. 263; met toestemming van de uitgever)

Door een groot aantal onderzoekers is dit preventieve model eveneens toegepast op ziektegedrag. Met ZIEKTEGEDRAG wordt ieder gedrag bedoeld dat een persoon die zich ziek voelt onderneemt om zijn gezondheidstoestand te definiëren en om een geëigende remedie te ontdekken (Becker, 1979, pag. 255). In dit model is het ziektegedrag allereerst afhankelijk van (1) de BEREIDHEID van het individu om ziektegedrag te ondernemen omdat hij zich bedreigd voelt. Tot een dergelijke konklusie kan hij komen op grond van (1a) de SUBJEKTIEVE aanwezigheid van ziekte-symptomen (cues) en (1b) de subjektieve ERNST van de veronderstelde ziekte. Tezamen vormt deze eerste groep de motivationele faktor achter het ziektegedrag. Dit oordeel over de ernst komt op zijn beurt voort uit de mate waarin de persoon een ziekte opvat als een bedreiging van zijn gezondheid dan wel uit de hinder die hij van de ziekteverschijnselen ondervindt of verwacht te ondervinden in zijn lichamelijk of sociaal functioneren. Zoals in figuur 5.2 te zien is brengt Becker de subjektieve bedreiging in verband met o.a. gebruikelijke wijzen van probleemoplossen, socia-

le steun, sociale druk en met eerdere ervaringen. Hiervan veronderstelt hij een indirecte invloed op het gedrag, nl. via de subjektieve bedreiging. In zijn tekst werkt hij dit aspect van zijn theoreties model echter niet uit. Bovendien wordt er geen relatie gelegd tussen deze 'indirekte variabelen' en de tweede rechtstreekse determinant van het gedrag, nl. de opvattingen over het ziektegedrag. Een dergelijke relatie lijkt ons echter wel erg aannemelijk.

Deze tweede rechtstreekse determinant van het ziektegedrag wordt gevormd door iemands opvattingen over de VOORDELEN en de KOSTEN of belemmeringen van het betreffende ziektegedrag, b.v. de verwachte effectiviteit ervan. Deze opvattingen worden verondersteld een bevorderende of juist belemmerende invloed te hebben op de omzetting van de motivationele krachten in ziektegedrag.

Voor dit model vinden we in de onderzoeksliteratuur de nodige empiriese ondersteuning. In een cross-kulturele studie vonden Bice en White (1969) dat de 'waargenomen morbiditeit' en de tendens tot gebruik van mediese voorzieningen beide significant bijdroegen aan het feitelijke gebruik ervan. Het beroep voegde hieraan nog een extra verklaring toe. Alle gebruikte prediktoren tezamen verklaarden in de verschillende deelstudies 20 tot 31% van de gedragsvariantie. Kirscht et al. (1976) onderzochten het HBM bij een groep moeders met lage inkomens, die hun kind bij een kinderopkliniek hadden aangemeld voor behandeling. De belangrijkste prediktor voor het zoeken van hulp bij de polikliniek en bij artsen in het algemeen was de aanwezigheid van symptomen bij het kind. Echter, ook de opvattingen over de bedreiging die van de ziekte uitgaat, over de effectiviteit van de mediese hulp en de houding ten opzichte van de arts en de polikliniek bleken aan de mediese consumptie gerelateerd. Tezamen verklaarden de opvattingen-prediktoren 13 tot 15% van de variantie. Ook Tessler et al. (1976), die 15 prediktoren gebruikten - verwant aan de HBM-factoren -, vonden een totaal verklaarde variantie van 14 à 16% ten opzichte van de mediese consumptie. Opvattingen die een belemmerende of bevorderende invloed zouden kunnen hebben op het hulpzoekgedrag bleken, echter geen eigen bijdrage aan de verklaring van het gedrag te kunnen geven, na controle voor de invloed van andere variabelen; voor een aantal demografische variabelen gold dit wel. Leavitt (1979) deed een retrospectief en prospectief onderzoek naar het gebruik van een gezondheidscentrum door de employeés van een groot bedrijf. Zowel de subjektieve kwetsbaarheid voor ziekten als het oordeel over de voordelen van preventief gedrag bleken aan de voorspelling van de mediese consumptie ieder een onafhankelijke bijdrage te leveren. Tezamen verklaarden zij hierin 12 tot 14% van de variantie. Andere variabelen zoals de subjektieve ernst van de ziekte, de verwachte effectiviteit van de hulp en enkele demografische variabelen voegen hieraan nog wel enkele procenten toe, maar geen van de afzonderlijke bijdragen bleek significant.

Tenslotte zijn er nog enkele studies over het zoeken van psychosociale hulp welke eveneens ondersteuning bieden voor het hier besproken model, hoewel deze studies niet expliciet op het HBM gebaseerd zijn. Bij mensen met angst- en depressiesymptomen konstateerde Hagedorn (1977) bij hulpzoekers voorafgaande aan de feitelijke hulpverlening een positievere houding en verwachting ten opzichte van deze hulp dan bij niet-hulpzoekers.

Fischer en Turner (1970) konstrueerden een attitude-schaal met betrekking tot het zoeken van psychologische hulp. Via faktoranalyse vonden zij een viertal ATTITUDE — DIMENSIES die een aantal van de hiervoor genoemde factoren representeren: herkenning van de persoonlijke behoefte aan professionele hulp (faktor 1), tolerantie van het stigma verbonden aan het zoeken van professionele hulp (faktor 2), interpersoonlijke openheid met betrekking tot eigen problematiek (faktor 3) en het vertrouwen in GGZ-hulpverleners (faktor 4). Fischer en Turner vonden op al deze factoren bij degenen die ooit psychologische hulp gezocht hadden significant hogere scores dan bij de mensen die nog nooit dergelijke hulp ontvangen hadden. Ook in de studie van Cash et al. (1978) werd deze validiteit bevestigd. In Nederland heeft Corstjens (1976) een wat gewijzigde versie van deze attitude-schaal gekonstrueerd en voorgelegd aan 374 studenten uit het Hoger Beroepsonderwijs. Faktoranalyse leverde slechts twee factoren op die vergelijkbaar waren met die uit de oorspronkelijke versie, nl. de faktor 'openheid' en 'vertrouwen ten aanzien van professionele hulpverleners'. Alleen de faktor 'openheid' bleek zowel retrospectief als prospectief aan het hulpzoekgedrag te zijn gerelateerd. Dit verband bleek onafhankelijk te zijn van de aanwezige probleemintensiteit. Dat het vertrouwen in professionele hulpverleners niet met het gedrag was gerelateerd was verklaarbaar omdat het gemeten hulpzoekgedrag ook op ouders, vrienden en familie betrekking had.

De kosten waarover in het HBM wordt gesproken kunnen ook de zogenoemde 'EGOKOSTEN' betreffen, dat wil zeggen dat het hulpzoeken een bedreiging kan vormen voor een positief zelfbeeld: de persoon voelt zich falen als hij of zij kennelijk de hulp van anderen nodig heeft. Zo vonden Tessler en Schwartz (1972) in een laboratoriumsituatie dat er minder hulp gezocht wordt naarmate de oorzaken van de problemen meer aan interne factoren wordtoegeschreven, de problemen meer centrale aspecten van het zelfbeeld raken, er tevens een hoge zelfachting bestaat, en de prestatiemotivatie eveneens hoger is. Ook Verhagen (1976) toonde het belang aan van een bedreiging van het zelfbeeld die het hulpzoeken met zich mee kan brengen. De faktor 'egokosten' bleek een sterke invloed te hebben op het hulpzoeken, zoals bleek uit zijn sociaal-psychologische experimenten over koöriëntatie, deskundigheid en macht. Wanneer er subjectief een grote kans bestaat dat het contact met de 'meer bekwame' niet gunstig zal werken op het gevoel van eigenwaarde, verlaagt dit de tendens om een beroep te doen op de hulp van deze deskundige. Het verwachten van een beloning als gevolg van het hulpvragen bleek het belemmerende effect van de ego-kosten echter te kunnen afzwakken.

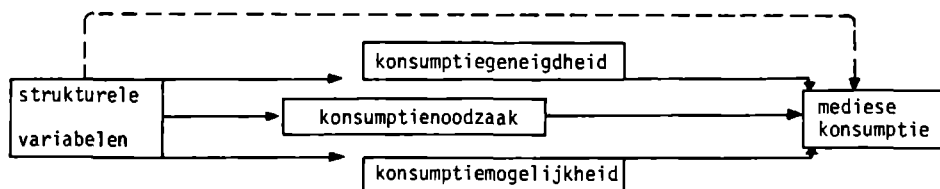
5.3.2 Het ziektegedrag-model van Andersen

Het voorgaande model vertoont een nauwe verwantschap met de benadering die oorspronkelijk door Andersen (1968) en in Nederland door Cassee (1973) is geïntroduceerd. Centraal in hun model van ziektegedrag staan de begrippen: consumptienoodzaak, consumptiegeneigdheid en consumptiemogelijkheid. De KONSUMPTIENOODZAAK komt overeen met wat wij bij het HBM hebben aangeduid als de motivationele faktor, nl. de subjectieve aanwezigheid van een ziekte of ziekteverschijnselen en de ervaren ernst ervan. Andersen et al. (1975)

gebruikte hiervoor de term 'need', waarbinnen hij een onderscheid maakt tussen 'perceived need' (subjektief) en 'evaluated need' (objektief)¹). Onder KONSUMPTIEGENEIGDHEID verstaat Cassee het complex van houdingen dat het individu in meerdere of mindere mate voorbeschikt tot mediese konsumptie. Voorbeelden hiervan zijn: een traditioneel-magiese ziektebenadering, opvattingen over ernst van ziekten, neiging om op ziekteverschijnselen te reageren, geluksgevoelens en anomie. De KONSUMPTIEMOGELIJKHEID is de toegankelijkheid van verschillende vormen van mediese konsumptie in materieel en immaterieel opzicht. Bijvoorbeeld: ziekenfondslidmaatschap, de mogelijkheid van een patiëntenrol in verband met het werk, de subjektieve bereikbaarheid van voorzieningen, tevredenheid met de gezondheidszorg en de verwachting omtrent het optreden van de huisarts.

In vergelijking met het HBM zien we hier allereerst een andere ordening van verwante variabelen. Verder ligt in dit model een sterke nadruk op duurzame kenmerken in de persoon en diens situatie welke al voor de ziekteperiode bestonden en daarvan dus onafhankelijk zijn. Bij het HBM ligt de nadruk veel sterker op een actuele inschatting van de kosten en baten van het ziektegedrag binnen een specifieke probleemsituatie.

Andersen en Cassee veronderstellen dat het raadplegen van mediese hulpverleners frequenter is naarmate de konsumptienoodzaak en -geneigdheid sterker is en de mogelijkheid tot konsumptief gedrag groter. Factoren als leeftijd, sexe, opleiding en beroep - door Cassee STRUKTURELE VARIABELEN genoemd - worden geacht het ziektegedrag indirect te beïnvloeden, dus via de hiervoor genoemde variabelen.



Figuur 5.3 Het ziektegedrag-model naar Andersen en Cassee.

Cassee vond dat zowel geneigheids-, noodzaak- en mogelijkheidsvariabelen, onafhankelijk van elkaar, een samenhang vertonen met de frekventie waarmee de huisarts wordt geraadpleegd. De bijdragen van de noodzaak en de mogelijkheid aan de verschillen in het gedrag waren ongeveer even groot, de geneigdheid droeg hieraan duidelijk minder bij. Zijn onderzoek biedt dus een ondersteuning voor het model. Voor de strukturele variabelen vond hij echter een direkte relatie met het konsumptief gedrag, dus onafhankelijk van de overige variabelen. In een prospectieve studie kwamen Greenley en Mechanic (1976) tot eenzelfde resultaat. Cassee verklaart dit door zijn operationalisaties van de noodzaak, geneigdheid en mogelijkheid slechts indicatief en niet volledig te noemen (pag. 75). Het vormt voor hem in ieder geval geen reden om het basismodel te wijzigen. Andersen heeft dit probleem van de verschillende verklaringsnivo's omzeild door variabelen als geslacht, leeftijd en sociaal-ekonomiese status tot de faktor konsumptiegeneigdheid te rekenen.

¹) Andersen(1975) wordt geciteerd in Mechanic(1979,pag.388). Het begrip 'need' wordt hier in een ruimere betekenis gebruikt dan in de epidemiologie (par. 2.3.4), waar 'need' alleen in de tweede betekenis gebruikt wordt.

Volgens Cassee is dit echter onjuist omdat deze variabelen enerzijds indicatief kunnen zijn voor biologische achtergronden en op een geheel andere wijze voor sociale achtergronden. Wij delen deze kritiek. Bovendien is het onduidelijk waarom de consumptiemogelijkheid onafhankelijk zou zijn van dergelijke structurele variabelen. Wij gaan daarom van de veronderstelling uit dat de structurele variabelen op ieder van de drie basisfactoren in het model een onderscheiden invloed hebben (figuur 5.3). Zolang het echter onduidelijk is of voor de drie basisfactoren de juiste operationalisaties gekozen zijn, lijkt het ons zinnig om bij de analyses steeds te controleren of en in hoeverre de structurele variabelen een eigen bijdrage toevoegen aan de verklaring van het gedrag.

Alle variabelen bij elkaar genomen vindt Cassee een verklaarde variantie van 47.8%. Dat is voor dit type onderzoek vrij hoog. Mechanic (1979), die een overzicht geeft van een aantal studies over Andersen's model, vindt totaal verklaarde varianties variërend van 4 tot 25%. Hieronder bevinden zich enkele studies van Andersen zelf, waarbij de resultaten gebaseerd zijn op zeer omvangrijke steekproeven. De resultaten van al deze studies bleken vrij consistent te zijn. Veruit de meeste variantie werd verklaard door noodzaak-variabelen. De beide andere factoren bleken hieraan maar weinig aan verklarende kracht te kunnen toevoegen. Mechanic verklaart dit onder meer uit de bevinding dat de drie basisvariabelen onderling samenhangen.

5.3.3 Kanttekening en conclusies

De ziektegedrag-modellen komen minstens gedeeltelijk tegemoet aan onze behoefte aan een theoretisch kader. Zij bieden de mogelijkheid te onderzoeken en te begrijpen, waarom het zoeken van professionele hulp niet alleen afhankelijk is van de aanwezigheid van psychosociale of lichamelijke stoornissen.

Voor deze modellen is zowel vanuit de epidemiologie en medische sociologie (Mechanic, 1977) als vanuit de sociale geneeskunde (Tax et al., 1981) en de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (Westmaas-Jes, 1977) ruime belangstelling ontstaan. Zoals we hiervoor gezien hebben is er voor beide modellen, bovendien, empirische ondersteuning te vinden in de onderzoeksliteratuur.

Het HBM is een specifiek voorbeeld van een cognitieve gedragstheorie, volgens de zogenoemde 'Expectancy-value' benadering¹⁾). Deze algemeen sociaal-psychologische basis biedt de mogelijkheid het HBM, na enige aanpassing, toe te passen op een verscheidenheid aan probleem- en hulpzoekgedragingen. Om dezelfde reden biedt het HBM de mogelijkheid om kuratief-hulpzoekgedrag én preventieve gedragingen te verklaren vanuit hetzelfde type variabelen. Het onderscheid tussen de opvattingen over een (dreigende) ziekte enerzijds en de kosten en de baten van het gedrag anderzijds biedt bovendien het voordeel, dat kan worden nagegaan of de indirecte invloed van de structurele variabelen op het gedrag ontstaat via hun relatie met de subjectieve nood dan wel met de opvattingen over het ziektegedrag zelf.

¹⁾ Zie paragraaf 5.3.5.

Onlangs deze voordelen leveren de ziektegedrag-modellen een aantal beperkingen op. Zo BEPERKT het HBM zich hoofdzakelijk tot KOGNITIEVE VARIABELEN in hun directe relatie tot het ziekte- of gezondheidsgedrag. Situationele en structurele variabelen vormen niet meer dan een achtergrond. Zelf zijn zij geen expliciet onderwerp van theorievorming. Waar Becker (1979, pag. 254) het HBM aanprijst omdat de cognitieve variabelen een duidelijk aanknopingspunt vormen voor het veranderen van ziekte- en gezondheidsgedrag, ligt ook juist de beperking van het model. Immers, wanneer er weerstanden bestaan tegen professionele hulpverleners op grond van negatieve ervaringen met hun hulpverlening, dan pleit dit niet voor een betere voorlichting aan de bevolking maar voor veranderingen in de structuur van de hulpverlening, of in hun wijze van helpen. Wanneer frekwent professionele hulp gezocht wordt omdat informele hulp ontbreekt, vergt dit vanuit preventief oogpunt het bevorderen van b.v. sociale contacten in een wijk. Hoewel Becker deze eenzijdige predispositie van het HBM voor het beïnvloeden van ziektegedrag-opvattingen ontkent, blijft het een feit dat dit model de cognitieve sturing van het gedrag centraal stelt. Juist dit aspect is theoretisch uitgewerkt. Met het oog op het ontdekken en verantwoorden van alternatieve strategieën om het ijsbergfenomeen aan te pakken (par. 4.8), biedt het model een te smalle basis. Het draagt bovendien het gevaar in zich van een verdere individualisering van de zorg voor de gezondheid.

In de beide ziektegedrag-modellen wordt het proces van gedrags VOORBEREIDING beschreven. De modellen veronderstellen weliswaar dat de gevolgen van het gedrag weer invloed hebben op de factoren die direct of indirect tot dit gedrag geleid hebben, maar een specifieke theorievorming over de individuele en situationele factoren waarop deze gevolgen aangrijpen ontbreekt. De modellen gaan immers niet in op de verschillende oorzaken van aanwezige of dreigende ziekten. Een dergelijke feedbackstructuur veronderstelt bovendien een typologie van gedragingen, waaruit na gebleken ineffektiviteit van eerder gedrag succesvoller andere gedragingen kunnen worden geselecteerd. In de theoretische verhandelingen over deze modellen wordt naar ziekte- en gezondheidsgedragingen doorgaans als totale categorie verwezen. De empirische studies houden zich vrijwel allemaal bezig met de predictie van slechts één specifiek gedrag. Het raadplegen van de huisarts is hiervan het meest bekende voorbeeld.

In het HBM worden de beide cognitieve factoren theoretisch als onderling onafhankelijk beschouwd. Vanuit de empirische studies, die op dit model zijn gestoeld, komen niettemin aanwijzingen voor een duidelijke onderlinge samenhang. Bovendien rapporteren diverse studies een grotere weerstand in de vorm van negatievere houdingen ten aanzien van het zoeken van professionele hulp, naarmate de ernst van de problematiek - in subjectieve of objectieve zin - groter is (Gurin et al., 1960; Mikesell & Calhoun, 1971; Calhoun et al., 1972; Calhoun & Selby, 1974).

Voorts is er mogelijk sprake van een interactie tussen beide factoren. Opvattingen over baten en kosten zouden de sterkste invloed hebben op het ziektegedrag, wanneer een ziekte als minder ernstig wordt beleefd (Scheff, 1966; Mechanic, 1968; Greenley & Mechanic, 1976). Naarmate deze als ernstiger wordt opgevat, neemt de invloed van sociale selectieprocessen op het ziektegedrag af. Gezien de weerstanden die in beide modellen op het ziektegedrag van invloed zijn, veronderstellen we dat het invoeren van professionele hulp zich pas voordoet, wanneer de subjectieve ernst van de problematiek dusdanig groot is dat zij aanwezige weerstanden overstijgen en alternatieve

ziektegedragingen niet meer als effectief worden beschouwd. Deze veronderstelling impliceert een DREMPEL-EFFEKT. Beneden deze drempel zal de kans op het inroepen van professionele hulp laag blijven, ondanks een toename van de subjektieve ernst, boven deze drempel zal de hulpvraag snel stijgen.

Indien er inderdaad een dergelijk drempel-effekt bestaat, dan wijst dit op een methodologies probleem in het onderzoek rond ziekte- en hulpzoekgedrag. In dit onderzoek wordt, meestal impliciet, verondersteld dat het verband tussen de ernst van de problematiek en de waarschijnlijkheid van het hulpzoekgedrag rechtlijnig is. Vrijwel alle eerder genoemde studies maken van lineaire korrelatie- en regressietechnieken gebruik. Het voorgaande wijst echter op de aanwezigheid van een KROMLIJNIG VERBAND (S-vormig). Ook Williams et al. (1980) onderstrepen deze zienswijze in een methodologies referaat over het identificeren van psychiatrische stoornissen via epidemiologisch onderzoek. In een tweetal voorstudies voor ons onderzoek vonden we inderdaad aanwijzingen voor een dergelijk kromlijnig verband (Verschuur & Hosman, 1976; Corstjens, 1976). De lage korrelaties die we in de hiervoor besproken ziektegedragstudies vonden, zouden voor een deel kunnen worden toegeschreven aan het feit dat bij de analyses geen rekening gehouden is met de aanwezigheid van kromlijnige verbanden.

De lage verklaringswaarde van de ziektegedragmodellen vormt een duidelijk probleem. Becker stelt weliswaar dat er voor het HBM ruime empirische ondersteuning is gevonden, hij bespreekt zelfs een aantal van deze studies, maar hij gaat nergens in op de verklaarde varianties. Afgaande op de onderzoeksliteratuur, welke wij hiervoor besproken hebben, verklaren de beide modellen over het algemeen niet meer dan 10 à 20% van de gedragsvariantie. Dit roept de vraag op of ook niet andere sociaal-psychologische variabelen in het model moeten worden opgenomen. Becker (1979) houdt overigens zelf de mogelijkheid hiertoe uitdrukkelijk open. Hij noemt onder meer 'locus of control', aliënering en positieve gezondheidsmotivatie.

5.3.4 Relatie tussen opvattingen, houding en gedrag nader beschouwd

De modellen die we hiervoor bespraken gaan ervan uit dat ziekte- en gezondheidsgedrag in sterke mate gestuurd worden door opvattingen en houdingen van een persoon. De zinvolheid van deze modellen voor de praktijk is afhankelijk van de validiteit van deze veronderstelling. We hebben hiervoor echter gekonstateerd dat de mate waarin deze cognitieve variabelen de gedragsvariantie verklaren, niet erg indrukwekkend is.

Over dit zelfde probleem is in de sociale psychologie sinds de dertiger jaren nogal wat discussie gevoerd, maar dan toegespitst op de relatie tussen houding en gedrag in het algemeen. Lange tijd werd expliciet of impliciet verondersteld dat houdingen een grote invloed hebben op gedrag. Gedurende de afgelopen decennia zijn er echter een aantal studies verricht die op het tegendeel wijzen. Het meest bekend is een publikatie van Allen Wicker (1969), waarin hij een kritisch overzicht geeft van 32 'houding-gedrag'-

¹⁾ We gebruiken hier het woord 'houding' als Nederlands equivalent van het Engelse, maar ook het in de Nederlandse literatuur veel gebruikte woord 'attitude'.

studies. Op basis van zijn analyse komt hij tot de volgende konklusie:

"Taken as a whole, these studies suggest that it is considerably more likely that attitudes will be unrelated or only slightly related to overt behaviors than that attitudes will be closely related to actions. Product-moment correlation coefficients relating the two kind of responses are rarely above 30, and often are near zero. Only rarely can as much as 10 percent of the variance in overt behavioral measures be accounted for by attitudinal data." (pag. 65)

Als verklaringen voor deze lage samenhang zijn diverse redenen aangevoerd; sommige zijn van theoretiese, andere van methodologische aard (Tittle & Hill, 1967; Wicker, 1969; Ehrlich, 1969; Jaspars, 1971; Norman, 1973; Kelman, 1974; Fishbein & Ajzen, 1975; Kok, 1978):

1. Gemeten houdingen zijn te globaal gezien de SPECIFICITEIT van het gedrag en de gedragssituatie, waarmee ze in verband gebracht worden. Hoe meer de specificiteit van houding en gedrag overeen komen, hoe hoger de voorspellende waarde van de houding zal zijn. Een dergelijke kongruentie kan bereikt worden, ofwel door naar veel specifiekere houdingen te vragen, ofwel door het gedrag in veel globalere termen te meten. In de meeste studies berust de gedragsmeting immers op een eenmalige akt. Zo vonden Fishbein en Ajzen (1974) bij het gebruik van een enkelvoudig gedragskriterium een gemiddelde verklaarde variantie op basis van globale houdingsschalen van 2%, terwijl dit bij gebruik van een multiple gedragsindex steeg tot 40 à 50%. Liska (1974), Heberlein en Black (1976) en Jaccard et al. (1977) kwamen tot vergelijkbare resultaten door de specificiteit van de houdingsmaat te variëren.
2. Wanneer er tussen de meting van de houding en het gedrag een LANGERE TIJD VERSTRIJKT, kan de houding inmiddels zijn gewijzigd. Dit geldt zowel voor de studies waarin de houding voorafgaande aan het gedrag wordt gemeten, als wanneer dit na het feitelijke gedrag is gebeurd. Situationele 'cues' en externe invloeden die op het moment van de houdingsmeting meespelen, verschillen mogelijk van die, welke aktueel zijn op het gedragsmoment zelf.
3. Naast houdingen en opvattingen zouden ook 'ANDERE VARIABELEN' bij de prediktie van het gedrag moeten worden betrokken. Zowel Wicker (1969) als Gross en Niman (1975) konkluderen uit de beschikbare literatuur zelfs, dat kennis van situationele variabelen in een betere prediktie van individueel gedrag resulteert dan kennis van individuele verschillen tussen mensen. Als ANDERE, PERSOONSGEBONDEN VARIABELEN worden in de literatuur genoemd: andere houdingen die eveneens voor het gedrag relevant zijn; konkurerende motieven; de cognitieve fundering van de houding; verbale, intellektuele en sociale vaardigheden; het aktiviteitsnivo van een persoon; konkurrende invloed van subjektief beschikbare gedragsalternatieven; persoonlijkheidskenmerken, zoals b.v. de mate van intern versus extern gekontroleerd zijn en autoritairisme, en demografiese kenmerken. Als ANDERE, SITUATIONELE VARIABELEN worden gesuggereerd: de sociale normen; de feitelijke of subjektieve aanwezigheid van relevante anderen versus 'anonieme' gedragssituaties; onvoorziene gebeurtenissen; en de verwachte situationele gevolgen van het gedrag.

4. In de meeste studies wordt impliciet een rechtlijnig verband verondersteld tussen houding en gedrag, gezien het overwegend gebruik van lineaire regressiemethoden en van niet-dichotome houdingsindikatoren. Er zijn echter aanwijzingen dat dit verband KROMLIJNIG is. Er moet eerst een bepaald nivo van positieve of juist negatieve houding bereikt worden, wil een persoon deze houding in hiermee korresponderend gedrag omzetten. Campbell (1963) spreekt hier van een 'situationele drempel'. De hoogte van deze drempel varieert afhankelijk van de sterkte van de situationele beperkingen. We zien hier dus hetzelfde probleem terug als we constateerden bij onze bespreking van de ziektegedragmodellen ('drempel-effekt'). Het gebruik van partiële korrelatie, waarbij mathematisch situationele variabelen onder controle worden gehouden, lost dit probleem niet op, omdat ook hierbij lineairiteit wordt verondersteld. Betere alternatieven zijn daarom nonparametrische associatiematen of transformatie van niet-dichotome in dichotome variabelen. Zo heeft Jaspars (1971) de houding-gedrag relaties bij 11 van de door Wicker besproken studies herberekend met Goodman en Kruskal's gamma. De mediaan van de gamma's bleek .69 te zijn! Ook Vinokur-Kaplan (1978) vond via de gamma veel hogere verbanden, dan via produkt-moment-korrelaties.
5. Van de MEETPROCEDURES die in de literatuur gebruikt worden om verbale houdingen te meten, zouden sommige tot een betere gedragsvoorspelling leiden dan andere. Welke van deze procedures tot de beste resultaten leidt is echter onduidelijk. Bij een vergelijking van vijf verschillende houdingsmaten gaf de Likert-schaal de beste en de Thurstone-schaal de slechtste prediktie van stemgedrag te zien (Tittle & Hill, 1967). Daarentegen konstateerde Veevers (1971) precies het tegenovergestelde bij de voorspelling van drinkgedrag. Fishbein en Ajzen (1974) vonden echter de beste resultaten via de semantische differentiaal bij hun onderzoek naar religieus gedrag. Hoewel er dus verschillen zijn, leveren alle typen houdingsmaten significante gedragspredikties op. Tenslotte kan Ostrom (1969) in een vergelijkbare studie geen onderlinge verschillen constateren. Geen van de bekende meetprocedures lijkt tot nu toe duidelijk superieur te zijn aan de overige procedures.

Fishbein is een van de theoretici die zich sinds de zestiger jaren - en later tezamen met Ajzen - het meest systematisch heeft beziggehouden met de relatie tussen houding en gedrag (Fishbein, 1967; Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980). Met name in hun boek uit 1975, onder de titel "Belief, attitude, intention and behavior" geven zij een indrukwekkende theoretische en methodologische analyse over hetgeen er tot die tijd over deze relatie bekend was. Zij gaan daarbij uitvoerig in op de verschillende verklaringen die gegeven zijn voor de zwakke verbanden die tot dan toe in de literatuur werden gevonden. Op basis van deze analyse en op basis van Fishbein's oudere werk presenteren zij een theoretisch en methodologisch kader waarin aan veel van de eerder genoemde bezwaren tegen het traditionele onderzoek op dit terrein tegemoet wordt gekomen. Om deze reden zal Fishbein's theorie een belangrijke plaats innemen in onze studie over het hulpzoekgedrag.

5.3.5 De theorie van Fishbein

Fishbein's theorie handelt over gedrag dat bewust en via beredenering tot stand komt. Hij spreekt daarom wel van 'beredeneerd gedrag'. Zijn bijdrage is dan ook een prototype van een cognitieve gedragstheorie en, specifiek gesteld, van een 'expectancy-value'-theorie. Een dergelijke theorie veronderstelt dat gedrag wordt bepaald door een reeks opvattingen, waarin met een bepaalde waarschijnlijkheid (expectancy) een reeks waarden (values) aan een object, resp. het overwogen gedrag wordt gekoppeld.

Aanvankelijk hield Fishbein zich vooral bezig met de relatie tussen opvattingen en houding. Zijn analyse van deze relatie vormt de basis voor zijn theorie over gedragsprediktie. HOUDING (attitude = A) definieert hij, overeenkomstig Thurstone, als de mate van positief of negatief affekt ten opzichte van een object (o). Een OPVATTING (belief) representeert de informatie die iemand over een object heeft.

In een opvatting wordt met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid (belief strength = b) een attribuut aan het object in kwestie gekoppeld, b.v. "mijn huisarts kan zeer goed luisteren". Aangezien Fishbein aanneemt, dat ieder attribuut een bepaalde affectieve waarde (e) vertegenwoordigt, drukt de opvatting als geheel een affekt uit ten opzichte van het object (b.v. de huisarts). Mensen hebben doorgaans meerdere opvattingen over een object, die onderling kunnen verschillen wat betreft hun affectieve lading. Daarom beschrijft hij de houding ten aanzien van een object als de sommatie van de affectieve ladingen van de meest dominante opvattingen, die iemand over het object heeft (1). In formule:

$$A_o = \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

Reageert een persoon op een object dan is deze zich niet steeds van alle relevante opvattingen bewust, maar richt zich naar de aangeleerde, evaluatieve totaal-indruk: de houding.

Aangezien houdingen ten aanzien van objecten slechts een zeer beperkte prediktieve waarde blijken te hebben ten opzichte van gedrag, heeft Fishbein daarnaast het begrip 'HOUDING TEN AANZIEN VAN GEDRAG' (A_B) geïntroduceerd. Ook deze houding is gebaseerd op een reeks opvattingen, nl. over de konsekventies van het uit te voeren gedrag. De houding ten aanzien van een bepaald gedrag is een functie van de evaluaties van de gedragskonsekventies (e) maal de subjectieve waarschijnlijkheid dat deze konsekventies ook zullen optreden als gevolg van dit gedrag (b). Ook hier vindt een sommatie plaats over alle opvattingen (1). In formule:

$$A_B = \sum_{i=1}^n b_i e_i$$

Opvattingen en houding ten aanzien van een gedrag kunnen op hun beurt beïnvloed worden door opvattingen en houdingen ten aanzien van objecten, die voor de gedragssituatie relevant geacht worden. Zo kan op de houding ten aanzien van 'met mijn huisarts over mijn problemen praten' beïnvloed worden door de houding ten aanzien van huisartsen in het algemeen en ten aanzien van het hebben van persoonlijke problemen.

Voorts betreft Fishbein ook 'andere variabelen' bij de gedragsprediktie. Hij stelt dat iemand zich kan gedragen in strijd met de eigen houding ten aanzien van dit gedrag, afhankelijk van de vraag of belangrijke anderen in zijn omgeving vinden dat hij het betreffende gedrag wel of niet ten uitvoer moet brengen. De invloed van deze sociale normen is echter afhankelijk van de mate waarin een persoon bereid is zich aan deze normen te konformereren. Fishbein spreekt hier van 'motivation to comply'. De opvattingen over deze sociale normen van belangrijke anderen (b) maal de konformeringsbereidheid (m)¹⁾ vormen tezamen de 'subjektieve norm' (SN). In formule:

$$SN = \sum_{i=1}^n b_i m_i$$

De houding ten aanzien van het gedrag en de subjektieve norm bepalen de gedragsintentie (I): het voornemen om binnen een bepaalde tijd een bepaald gedrag te vertonen. Het gewicht (w) van beide factoren kan bij de prediktie echter variëren, afhankelijk van de aard van het gedrag, de situatie en van individuele verschillen tussen de gedragers.

Vervolgens stelt Fishbein dat de gedragsintentie en het feitelijke overte gedrag (B) vrijwel overeenkomen: iemand doet wat hij zich voorneemt te doen. Deze gelijkstelling is volgens hem toegestaan, omdat het hier over gedrag gaat dat onder de vrijwillige controle van de persoon staat.

In formule uitgedrukt luidt de theorie van Fishbein nu:

$$B \approx I = (A_B) w_1 + (SN) w_2$$

Het gedrag wordt het meest direkt bepaald door de gedragsintentie, welke vervolgens weer bepaald wordt door de houding en de subjektieve norm ten aanzien van dit gedrag.

Empiriese evidentie. Er zijn inmiddels vele studies uitgevoerd die deze theorie empiries hebben onderzocht. Fishbein en Ajzen (1975) bespreken zelf een groot aantal van deze studies. De resultaten wijzen vrij consistent op een ondersteuning van hun model. De verklaarde variantie in het gedrag en de gedragsintentie zijn aanzienlijk hoger dan waartoe Wicker in zijn overzichtsstudie konkludeert. Zo vinden Jaccard en Davidson (1972), DeVries en Ajzen (1971), Fishbein en Ajzen (1974) en Vinokur-Kaplan (1978) verklaarde varianties van 50 tot 86%.²⁾ Er zijn overigens ook studies waarbij dit percentage beneden de 30% blijft (Albrecht & Carpenter, 1976; Van der Meer en Berghuis, 1976).

Het model veronderstelt een sterke relatie tussen de houding ten aanzien van een gedrag en de evaluatieve aspecten van de opvattingen over dat gedrag. Ook hiervoor blijkt empiriese ondersteuning te bestaan (Jaccard & Davidson, 1972; Fishbein & Ajzen, 1975; Loken & Fishbein, 1980). Over het algemeen liggen de gevonden korrelaties rond .80. Dit hoge verband betekent, dat men bij de gedragsprediktie zou kunnen volstaan met een rechtstreekse meting van de houding en het niet noodzakelijk is deze af te leiden uit domine-

¹⁾ 'motivation to comply'

²⁾ Inmiddels zijn in recente studies onder meer over de prediktie van konsumptiegedrag, stemgedrag en gezinsplanning eveneens verklaarde varianties aangetoond van 50-84% (Ajzen & Fishbein, 1980).

rende opvattingen. Voor een rechtstreekse meting van de houding worden doorgaans evaluatieve items van de semantische differentiaal gebruikt, en voor een afleiding uit opvattingen de Likert-schaalmethode.

Er is eveneens evidentie voor hun veronderstelling over het wisselende gewicht van de houding en de subjectieve norm in de gedragsvoorspelling, afhankelijk van de aard van de persoon, de situatie en het gedrag zelf. Zo vond Fishbein (1966)¹⁾ dat bij de voorspelling van geslachtsverkeer vóór het huwelijk bij vrouwen de houding de beste prediktor was, en bij mannen de subjectieve norm. Een voorbeeld dat past in het thema van onze studie biedt Phillips (1963). Hij onderzocht de rol van het sociale stigma ten gevolge van het hulpzoeken bij diverse typen hulpverleners. Onder een representatieve steekproef van 300 vrouwen uit de bevolking bleek de sociale afstand ten opzichte van iemand met psychosociale problemen het grootst wanneer bekend was dat deze persoon hulp zocht bij een psychiater. Minder groot was de afstand indien hulp gezocht werd bij een huisarts of pastor en het minst wanneer er geen professionele hulp gezocht werd. Het gewicht van de sociale normen verschilt hier afhankelijk van de aard van het hulpzoekgedrag. Het stigmatiseringseffect van het hulpzoeken werd ook door Parish en Kappes (1979) aangetoond. In hoeverre dit stigmatiseringseffect door een potentiële hulpzoeker wordt vertaald in een sterke normatieve belemmering om feitelijk hulp te zoeken, hangt waarschijnlijk af van de zichtbaarheid van het hulpzoeken voor anderen. Zo bleek uit een studie van Shapiro (1978) dat vooral hulp gezocht wordt, wanneer een taakuitvoering, die problemen oplevert, voor anderen zichtbaar is, maar het hulpzoeken daarbij 'vertrouwelijk' kan blijven en dus voor anderen niet zichtbaar is. Ook Kok et al. (1981) toonden aan dat de invloed van de houding op het gedrag groter is in een anonieme gedragssituatie dan in publieke gedragssituatie.

Kanttekeningen. De grondgedachte van Fishbein's theorie vertoont grote overeenkomsten met HBM. In beide gevallen wordt grote waarde gehecht aan opvattingen over het gedrag. Beide modellen kennen aan demografiese en persoonlijkheidsvariabelen en aan eerdere ervaringen een indirecte invloed toe op het gedrag. In deze zin wordt het HBM door Fishbein ondersteund.

De studies gebaseerd op het model van Fishbein blijken echter een beduidend hogere verklaarde variantie in het gedrag op te leveren. Aan welke verschillen kan dit worden toegeschreven? Ten eerste maakt Fishbein een onderscheid tussen houding en subjectieve normen waar Becker één faktor hanteert nl. 'perceived value of action: benefits and barriers'. Ten tweede kent Fishbein aan beide factoren gewichten toe afhankelijk van situatie, gedrag en persoon. Ten derde legt hij een zeer grote nadruk op een kongruentie in specificiteit tussen prediktoren en gedrag. Bij ziektegedragstudies wordt hieraan, naar onze indruk, veel minder streng de hand gehouden. Zo worden daar ook houdingen ten aanzien van objecten als prediktor gebruikt, waar Fishbein houdingen ten aanzien van het gedrag zelf hanteert. Voorts gaan Fishbein en Ajzen in hun publikaties ook zeer uitvoerig op tal van methodologische aspecten van dit type onderzoek in, met name op de aard van de te gebruiken meetinstrumenten. Bij de ziektegedrag-modellen is

¹⁾ Geciteerd in Fishbein & Ajzen (1975, pag. 311).

voor dit methodologies aspekt over het algemeen minder aandacht.

Daar staat echter tegenover dat Fishbein en Ajzen in hun publikaties weinig aandacht besteden aan het motivatie- of behoefte-aspekt. Bij de ziektegedragstudies worden de voordelen, nadelen en belemmeringen geplaatst tegen de achtergrond van een sterk of zwak gevoel van gezondheidsbedreiging. Door deze achtergrond krijgt het instrumentele karakter van de houding ten aanzien van een gedragsalternatief meer betekenis.

Een ander probleem vormen de z.g. 'andere factoren' (zie par. 5.3.4). Fishbein en Ajzen stellen bij herhaling dat hun model niet uitgebreid hoeft te worden met andere factoren aangezien deze het gedrag beïnvloeden via de houding en subjektieve norm. In hun boek uit 1975 doen zij een redelijke poging de resultaten van enkele studies te weerleggen, die wijzen op de invloed van andere variabelen. Naar onze indruk is er echter op basis van Fishbein's model nog weinig systematisch onderzoek gedaan naar de mogelijke invloed van 'andere factoren'. Studies, verricht vanuit de Fishbein-traditie, geven bovendien zelf aanleiding tot dergelijk onderzoek, omdat deze studies nog veel variantie onverklaard laten. Zo kon Vinokur-Kaplan (1978) slechts 30% van de gedragsvariantie verklaren op grond van de gedragsintentie; DeVries en Ajzen (1971) 56% en Albrecht en Carpenter (1976) 36%. Bovendien geven Fishbein en Ajzen (pag. 371) ook zelf toe dat de gedragsintentie en het feitelijke gedrag soms uiteen kunnen lopen omdat vaardigheden voor de feitelijke gedragsuitvoering te kort schieten, gedragsgewoonten mede een rol spelen, anderen mede een invloed kunnen hebben op de feitelijke gedragssituaties en er zich onvoorziene gebeurtenissen kunnen voordoen. De persoon zou op grond daarvan nog in de gedragssituatie zelf zijn intentie kunnen aanpassen.

De weerstand van Fishbein en Ajzen tegen het opnemen van meer factoren in hun model is des te opvallender, omdat de subjektieve norm - die zij als 'andere variabele' wel verdedigbaar achten - in een aantal studies weinig extra verklaarde variantie blijkt op te leveren (DeVries & Ajzen, 1971; Jaccard & Davidson, 1972; Albrecht & Carpenter, 1976; Kok et al., 1981). De invloed van de subjektieve norm blijkt in deze studies voor een groot deel met die van de houding samen te vallen.

Een ander bezwaar vormt de wijze waarop zij bij de verklaring van gedrag met het keuze-aspekt omgaan. Zowel in hun model als in de studies die Fishbein en Ajzen bespreken, wordt het al of niet optreden van een specifiek gedrag of klasse van gedragingen verklaard vanuit de houding en subjektieve norm ten aanzien van alleen dat gedrag. Een afweging van alle in de situatie potentiële gedragsalternatieven zou naar onze opvatting een hogere gedragsprediktie kunnen opleveren. Een gematigd negatieve houding zou immers toch tot dat gedrag kunnen leiden, omdat dit nog als het minst negatieve alternatief beleefd wordt. Anderzijds zou een positieve houding niet tot het gedrag leiden wanneer een ander gedragsalternatief als positiever wordt ervaren. Het voorgaande veronderstelt een specificatie van de belangrijkste gedragsalternatieven in de gedrags-situatie. Fishbein en Ajzen gaan hier echter niet op in. Voor de eerder besproken ziektegedrag-modellen geldt hetzelfde bezwaar. In de fasenmodellen, die we hierna zullen bespreken, wordt hieraan wel aandacht besteed.

De hiervoor besproken relatie tussen opvattingen, houding en gedrag biedt enig inzicht in de mogelijke redenen waarom er in de studies over ziektegedrag meestal slechts een lage prediktieve waarde wordt gevonden. De theoretiese en methodologische benadering van

Fishbein en Ajzen biedt mogelijkheden deze prediktieve waarde te verbeteren. We hebben eveneens geconstateerd dat onderzocht zou moeten worden of ook nog andere factoren in hun model zouden moeten worden opgenomen en of het betrekken van meerdere gedragsalternatieven bij de prediktie de verklaarde variantie in het gedrag zou kunnen verhogen.

5.4 FASENMODELLEN VAN HET HULPZOEKPROCES

Er zijn diverse pogingen gedaan het proces van hulpzoeken uiteen te leggen in meerdere, opeenvolgende gedrags- of beslissingsfasen met terugkoppelingsmogelijkheden. Het moment waarop de hulp ingeroepen wordt van een specifieke hulpverlener vormt daarin slechts een van de fasen. In deze paragraaf zullen we enkele fasen-modellen bespreken welke ontwikkeld zijn om het hulpzoeken te beschrijven. Sommige beschrijven waarom mensen wel of geen hulp ontvangen, andere hoe men bij een specifieke hulpverlener terecht komt, een enkele in welke volgorde van diverse soorten hulp gebruik gemaakt wordt.

5.4.1 Philipsen (1968): een besliskundig model van het verloop van een ziektegeval

Het in ons land meest bekende voorbeeld van deze procesgedachte is het model, dat Philipsen (1968) heeft gepresenteerd over het verloop van een ziektegeval. Zijn model komt voort uit een poging de veelheid van betekenissen, die het begrip 'ziekte' heeft, te structureren en daarbij tevens de geleidelijke ontwikkeling van de patiëntenrol te beschrijven. Als betekenissen van 'ziek-zijn' onderscheidt hij:

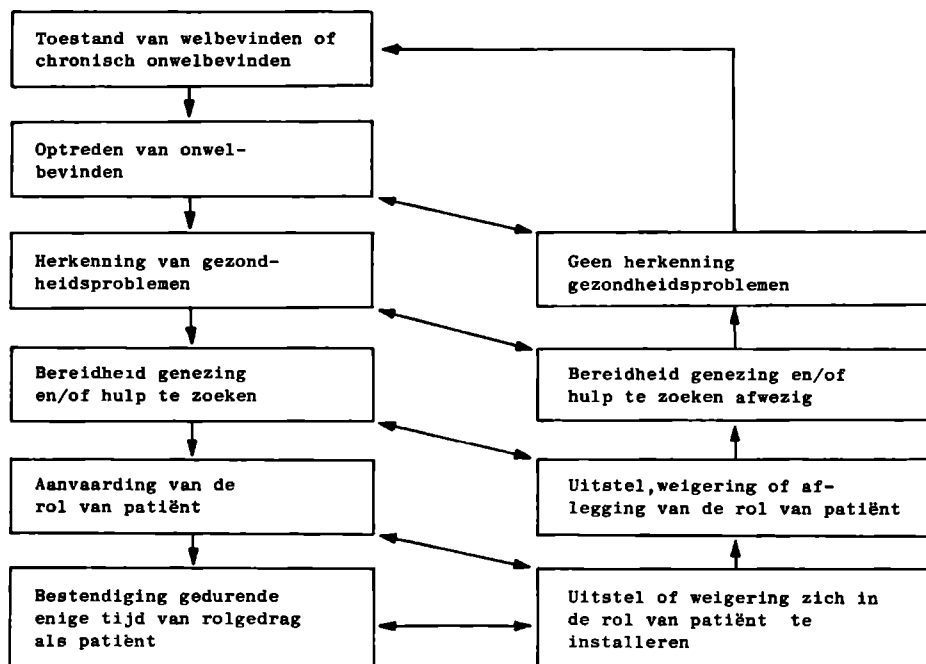
1. een objectief vaststelbare aandoening hebben
2. onwelbevinden, gerelateerd aan een veronderstelde aandoening, kortom zich ziek voelen
3. het zoeken van hulp, b.v. het raadplegen van een arts
4. de aanvaarding van de rol van patiënt

Of deze betekenissen - door hem tevens als afzonderlijke verschijnselen opgevat - in een specifiek geval samenvallen, is volgens Philipsen onder meer afhankelijk van de aard van de ziekte. Slechts voor een klein aantal, zowel akute als zeer ernstige ziektegroepen, b.v. hartinfarcten, hersenbloedingen en psychosen, geldt dat de vier verschijningsvormen samenvallen.

Vanuit deze semantische analyse leidt Philipsen aanwijzingen af voor het ontwikkelen van een procesmodel over 'ziek-zijn'. Hij veronderstelt dat deze vier verschijnselen het karakter hebben van op elkaar volgende fasen van eenzelfde proces: HET VERLOOP VAN EEN ZIEKTEGEVAL. Een ziektegeval wordt daarbij opgevat als een functionele eenheid van zich wijzigende kondities van het menselijk organisme en de daarop volgende handelingen en gevoelens. Voorzover het deze handelingen en gevoelens betreft, beschrijft Philipsen deze functionele eenheid als een besliskundig model. Daarmee bedoelt hij dat

het verloop ervan een voortgaand proces is van selectie van alternatieven (figuur 5.4). De persoon in kwestie 'kiest', voorafgaand of samenvallend met de opeenvolgende fasen van het verloop van een ziektegeval, steeds tussen een aantal gedrags- of beslissingsalternatieven. Vanwege deze suksessievelijke keuzen bereikt slechts een klein deel de vierde fase.

*Figuur 5.4 Het verloop van een ziektegeval als besliskundig model
(ontleend aan Philipsen, 1968, pag.24; met toestemming van de auteur)*



Met 'beslissing' of 'keuze' wordt bedoeld, dat de betrokken persoon aan een bepaald gedragsalternatief de voorkeur geeft boven een of verscheidene andere. Het doet daarbij niet ter zake, dat hij zich het keuze-karakter van zijn handelen misschien weinig bewust is, of dat zijn keuze vanuit een bepaalde doelstelling misschien niet de meest optimale is. Er is dus geen sprake van een optimale en rationele keuze waarvan in sommige beslissingstheorieën wordt uitgegaan. De zieke bezit vaak onvoldoende kennis om alle gevolgen van een bepaalde beslissing te kunnen overzien. Hij kiest het eerste alternatief dat hem bevredigend toeschijnt, en kiest misschien later op grond van de uitkomsten van de eerste keuze een ander alternatief. Een integraal bestanddeel van wat Philipsen zijn 'besliskundig model van het verloop van een ziektegeval' noemt is dan ook het terugkoppelingsmechanisme (zie figuur 5.4). Hij verstaat hieronder "de mogelijkheid om op grond van nieuwe of geherwaardeerde informatie de keuze van een alternatief te herzien" (pag.22).

Bij deze keuze spelen meerdere individuele en sociale factoren een rol, zoals de ernst en de aard van de aandoening, kennis en normen omtrent ziekte en ziektegedrag,

adviezen uit de directe omgeving, en de mate van binding aan de arbeidsrol. Ook Philipsen gaat, evenals Greenley en Mechanic (par. 5.3.3), uit van een interactie-effekt tussen deze variabelen. Naarmate de subjectieve ernst van de aandoening groter is, wordt de beslissingsvrijheid kleiner en daardoor ook de invloed van de andere variabelen geringer. Verder gaat hij van de veronderstelling uit dat de invloed van deze variabelen verschilt alnaargelang de fase in het verloop.

We vinden in de mediese sociologie meer voorbeelden van soortgelijke fasenmodellen. De oudere voorbeelden daarvan hebben mede de basis gevormd voor het model van Philipsen, zoals b.v. het vijf-fasenmodel van Suchman (1965) en het model dat in een van de eerste publikaties van Mechanic wordt beschreven (Mechanic, 1962). Over het algemeen ontlopen deze modellen elkaar niet veel. In recentere versies, zoals het vijf-fasenmodel van Levine en Kozloff (1978) is een bredere reeks van gedragsreacties opgenomen dan bij Philipsen het geval is. Zo beschrijven zij als derde fase:

"A process of coping with undesirable symptoms (e.g. pain, irritability) and the negative consequences of these (e.g. difficulty in performing roles). There are many styles of coping from ignoring or denying the condition or its consequences, to the use of magico-religious techniques, to seeking help from clergy, chiropractors, or physicians." (pag. 319)

Ook bij Mechanic (1976, 1977) treffen we een pleidooi aan om de opvattingen over ziektegedrag in te passen in de bredere benadering van theorieën over stress en 'coping'. Deze verbreding maakt ziektegedrag-modellen daardoor makkelijker toepasbaar op de verwerking van psychosociale problemen. Bovendien ontstaat daardoor meer zicht op alternatieve probleemreacties waarmee b.v. het raadplegen van de huisarts of een andere hulpverlener moet concurreren.

5.4.2 Intermezzo: twee opvattingen over gedrag

Er doet zich bij de tot nu toe besproken modellen een belangrijk theoretisch probleem voor. Dit betreft de definiering van het begrip 'gedrag'. De ziektegedrag-traditie hinkt hier op twee benen. In het HBM wordt met gedrag 'overt gedrag' bedoeld, b.v. hulpvragen bij een huisarts, medicijnen gebruiken of gezond eten. Geheel in traditie met de 'value expectancy'-theoretici beschrijft het HBM een cognitief voorbereidingsproces dat aan de uitvoering van een specifiek gedrag voorafgaat. Veronderstellen we dat b.v. de ontwikkeling van een ziektegeval zich langs een reeks van overte gedragingen afspeelt, dan mogen we bij IEDERE afzonderlijke gedraging een cognitief voorbereidingsproces veronderstellen.

De fasenmodellen van Philipsen en Suchman gaan van een andere gedragsdefinitie uit. Zij grijpen, resp. impliciet en expliciet, terug op de definitie van Mechanic en Volkart (1961) omtrent ziektegedrag.

"The way in which symptoms are perceived, evaluated, and acted upon by a person who recognizes some pain, discomfort or other signs of organic malfunction." (pag. 52)

Kognitieve processen, zoals het waarnemen en evalueren van symptomen, worden hier ook als ('covert') gedrag opgevat. Meerdere kognitieve fasen en meerdere handelingsfasen worden in één doorlopend model achter elkaar geplaatst. Terwijl de kognitieve fasen de voorbereiding vormen voor het eerste overte gedrag, ontbreekt in het model de specifieke kognitieve voorbereiding van handelingen die later in het proces plaatsvinden, b.v. bij de kontaktlegging met iedere nieuwe hulpverlener binnen het verloop van eenzelfde ziektegeval. We geven daarom de voorkeur aan een model waarin bij iedere gedragsreactie ten gevolge van een probleembeleving een specifiek kognitief voorbereidingsproces wordt onderscheiden. Met de term 'GEDRAG' verwijzen daarbij naar waarneembare handelingen, d.w.z. ook voor anderen waarneembaar.

5.4.3 Gurin et al. (1960): hulpzoeken als fase in een probleemoplossend proces

Terwijl Philipsen en anderen hun fasenmodel beschrijven vanuit een medies concept van ziekte, vinden we bij Gurin, Veroff en Feld (1960) een vergelijkbaar model toegespitst op het hulpzoekproces bij psychosociale problematiek.

Het fasenmodel. De auteurs bestudeerden zowel het voorkomen van psychosociale problemen en stoornissen in de bevolking, alsmede de wijze waarop men daarmee omgaat, resp. daarvoor hulp zoekt. In hun onderzoek hanteren zij een model dat zowel aan het ziektegedragmodel van Andersen verwant is, als aan het fasenmodel van Philipsen. In het proces dat een persoon doorloopt alvorens hij bij een specifieke hulpverlener terecht komt, onderscheiden zij een drietal fasen:

1. de bewustwording van het individu van zijn problematiek, de definiëring ervan als 'psychosociaal' ('mental health problem') en een inschatting van de ernst
2. de beslissing van het individu om daadwerkelijk hulp te zoeken
3. de keuze voor een bepaalde persoon of instantie waarvan men de hulp inroept

Deze drie fasen vormen in hun onderzoek de afhankelijke variabelen, welke zij op een tweetal wijzen hebben onderzocht. Allereerst werd nagegaan of demografische kenmerken van de persoon samenhangen met de beslissingen welke hij neemt in ieder van de 3 fasen. Naast deze demografische analyse geven zij ook een sociaal-psychologische verklaring voor het procesverloop. Zij hanteren daarbij een tweetal verklaringsprincipes, nl. 'psychologische factoren' en 'vergemakkelijkende en belemmerende factoren'.

Met de term 'PSYCHOLOGIESE FAKTOREN' verwijzen zij naar de mate waarin iemand een psychologische oriëntatie heeft ten aanzien van het leven en zijn problemen, en een introspektieve en kritische houding ten aanzien van zichzelf. Juist hiervan is het afhankelijk, volgens de auteurs, of ervaren problemen aan een psychologische, fysiologische of externe oorzaak worden toegeschreven. Als VERGEMAKKELIJKENDE, RESP. BELEMMERENDE FAKTOREN worden genoemd: kennis van hulpverleningsmogelijkheden, de aanwezigheid van hulpbronnen in de omgeving, de mate waarin het hulpzoeken behoort

tot het gedragsrepertoire van de eigen groep, de opvatting dat het beter is zelf je problemen te verwerken, en de angst voor schande en stigmatisering als gevolg van de problematiek en het hulpzoekgedrag. Vergelijken we deze variabelen met het model van Andersen dan kunnen we de eerste groep tot de geneigdhedsvariabelen rekenen en de tweede groep tot de mogelijkheidsvariabelen. De beleving van de aard en de ernst van het probleem vormt de noodzaakvariabele.

Gurin et al. konkluderen dat de psychologische variabelen van invloed zijn op alle drie de fasen, maar het meest op de eerste fase, nl. de bewustwording en definiëring van de problematiek. De vergemakkelijkende en belemmerende variabelen hebben vooral betekenis voor de twee latere fasen, waarin keuzen gemaakt worden over het hulpzoeken. Gezien het retrospectieve karakter van de studie werd overigens de invloed van de ernst van de problematiek op het hulpzoekgedrag niet systematisch onderzocht.

De demografische variabelen bleken op verschillende wijzen met de onderscheiden fasen samen te hangen. Zo waren sexe en leeftijd wel gerelateerd aan de probleembeleving maar niet aan de beide hulpzoekfasen. Vrouwen en mensen uit de jongere leeftijdsgroepen bleken meer psychologisch en kritisch ten aanzien van zichzelf te zijn ingesteld. Inkomen, beroep, regio en godsdienst waren daarentegen alleen aan de beide laatste fasen gerelateerd. Hier spelen vooral de faciliterende, resp. belemmerende factoren een bemiddelende rol. Gedragsverschillen tussen het platteland en de grote steden, konden bijvoorbeeld worden verklaard uit verschillen in fysieke en psychologische bereikbaarheid van de diverse hulpbronnen tussen stad en platteland. Het relatief frekwenter gebruik van de hulp van psychiaters in de hogere inkomens- en opleidingsgroepen bleek 'bemiddeld' te worden door hun ruimere mogelijkheden om voor dergelijke hulp te betalen, een meer psychologische oriëntatie, meer zelfkritiek, meer kennis over de beschikbaarheid van dergelijke hulp en meer overeenkomstige hulpzoekpatronen in de directe omgeving.

Opleiding en woonplaats hadden op ieder van de drie fasen hun invloed.

Enkele kanttekeningen bij het fasenmodel. Belangrijk in de studie van Gurin en de zijnen is, dat zij hebben laten zien dat het zoeken van hulp bij psychosociale problemen niet berust op een eenmalige beslissing van het individu, maar dat dit een proces is waarin meerdere fasen te onderscheiden zijn. In iedere fase komt het individu voor keuzen te staan, waarbij hij een beslissing moet nemen, wil hij het proces van hulpzoeken continueren om uiteindelijk van zijn problemen af te komen. Op iedere keuze is waarschijnlijk een andere combinatie van voorspellende en verklarende variabelen van invloed. We vinden in hun model essentiële elementen terug zowel van het fasenmodel van Philipsen als van het ziektegedragmodel van Andersen.

Een onduidelijke betekenis hebben de 'psychologische factoren'. De auteurs geven weliswaar aan welke variabelen zij daartoe rekenen, maar geven van het begrip als zodanig geen theoretische definiëring. Hierdoor blijft dit begrip erg vaag. Dit valt vooral op wanneer we zien dat onder de vergemakkelijkende, resp. belemmerende factoren eveneens variabelen genoemd worden, welke psychologisch van aard zijn. Een duidelijk voorbeeld is de opvatting, dat het altijd beter is om problemen zelf en dus zonder hulp van anderen te verwerken.

Een duidelijk positief punt is de nadruk die zij in hun studie leggen op het plaatsen van het hulpzoeken binnen een 'coping'-perspektief. Hun pleidooi komt overeen met dat van Mechanic, echter met het verschil dat zij zich - in tegenstelling tot Mechanic (1970, 1974) - daarbij niet hebben bezig gehouden met het expliciteren van een theoretisch model over 'coping' en stress. Hun verdienste is echter wel dat zij de verschillende hulpzoekgedragingen hebben geplaatst binnen een uitgewerkte typologie van probleemoplossende reacties.

Intermezzo: Definiëring van 'probleemoplossen' en 'probleemoplossend gedrag'. Alvorens we nader ingaan op deze typologie, is het noodzakelijk eerst enkele begrippen te definiëren die in ons verdere betoog een centrale plaats innemen. Deze begrippen behoren bij de genoemde 'coping'-benadering. Hoewel Gurin et al. van dergelijke begrippen gebruik maken, geven zij er geen theoretische omschrijving van.

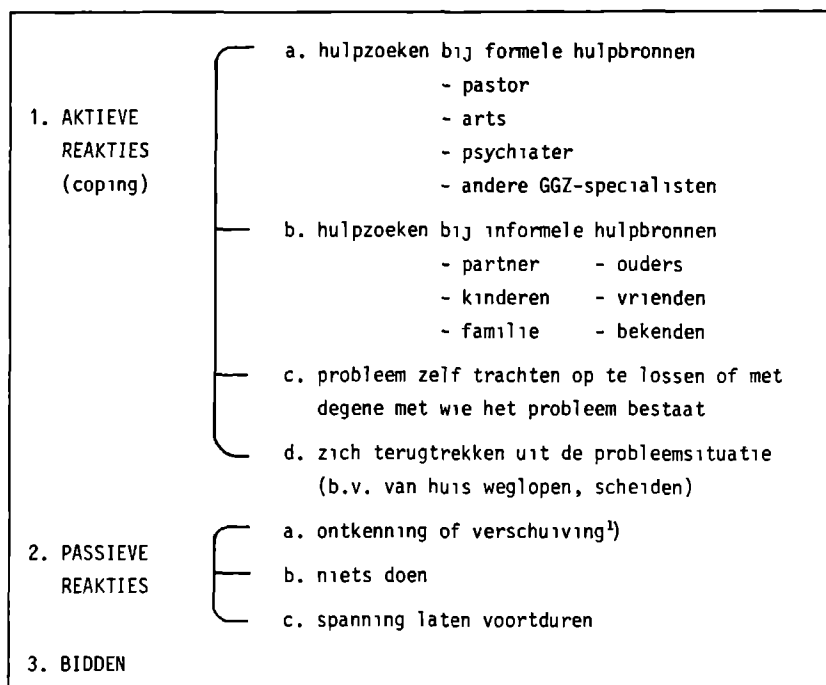
In hoofdstuk 1 en 2 hebben we onze definitie van een 'probleem' gebaseerd op de omschrijving hiervan door Frijda en Elshout (1975). Dezelfde auteurs beschouwen probleemoplossen als een puur cognitieve activiteit. Ook overte gedragingen kunnen echter een wezenlijk onderdeel vormen van een probleemoplossend proces. Geschikter lijkt ons dan ook de definitie die D'Zurilla en Goldfried (1971, pag. 108) hiervan geven. In overeenstemming met deze auteurs definiëren wij PROBLEEMOPLOSSEN als: een proces, ofwel cognitief ofwel gedragsmatig van aard, dat (a) een verscheidenheid aan potentieel effectieve responsen beschikbaar maakt om met een problematische situatie om te gaan, en (b) de waarschijnlijkheid verhoogt dat uit deze alternatieven de meest effectieve respons wordt geselecteerd. We spreken van 'KOGNITIEF PROBLEEMOPLOSSEN' wanneer we verwijzen naar het cognitieve aspect van dit probleemoplossende proces. Doelen we op de 'overte' gedragsaspecten dan gebruiken we de term 'PROBLEEMOPLOSSEND GEDRAG'. Dit gedrag heeft voor de gedragende tot doel een verschil tussen een ongewenste uitgangssituatie en een gewenste doelsituatie te verkleinen of op te heffen, ongeacht of dit effectief of niet effectief blijkt te zijn. Overeenkomstig de definitie aan het begin van dit hoofdstuk kunnen we HULPZOEKGEDRAG vervolgens opvatten als een specifieke categorie van probleemoplossend gedrag. De aard van de gevraagde of verleende hulp kan daarbij zeer uiteenlopen: het geven van informatie, feedback, adviezen, emotionele of materiële steun, het bieden van inzicht, het aanleren van benodigde vaardigheden, het tijdelijk overnemen van taken, en het verlenen van sociale steun bij ongelijke machtsverhoudingen.

Gurin's typologie van probleemoplossende reacties. Op grond van hun analyse van een aantal open-end vragen presenteren Gurin en de zijnen een typologie van de wijzen waarop mensen omgaan met hun zorgen en perioden van onwelbevinden. Zij delen deze reacties in drie hoofdgroepen in: actieve reacties, passieve reacties en bidden (figuur 5.5). Bidden hebben zij als aparte categorie onderscheiden omdat het een veel voorkomende reactie bleek te zijn, maar het onduidelijk was waar deze geplaatst moest worden op hun dimensie actief-passief.

Onder AKTIEVE REAKTIES, door hen 'coping' genoemd, verstaan zij: "methods which do directly involve some problem solving activity" (pag. 359). Hierin onderscheiden zij reacties waarin men zelf iets aan het probleem tracht te doen, van reacties waarbij

hulp van anderen wordt gezocht. Onder de eerste categorie vallen b.v. over het probleem nadenken om een oplossing te vinden, en het veranderen van de situatie die (subjectief) tot het probleem heeft bijgedragen. Binnen de tweede categorie maken zij een onderscheid naar informele en formele hulpbronnen, welke voorts weer worden onderverdeeld naar specifieke soorten hulpverleners (b.v. een vriend, huisarts).

Onder PASSIEVE REAKTIES vallen een drietal subcategorieën: ontkenning of verschuiving¹⁾ (vergeten, ergens anders aan proberen te denken, jezelf afleiden), in het geheel niets doen, en de spanning laten voortduren. In dit laatste geval betreft het reakties, die erop wijzen dat er niets aan het probleem gedaan wordt, maar dat men blijft doorgaan met zich zorgen te maken.



Figuur 5.5 Een typologie van probleemreacties naar Gurin et al (1960).

Tussen diverse sociale groeperingen bleken grote verschillen te bestaan in de wijzen waarop men reageert op psychosociale problemen. Zo werden actieve reacties vaker aangetroffen bij mannen, jongeren en in de hogere opleidings- en inkomensgroep. Een beroep op informele hulpbronnen, zoals familie en vrienden, bleek af te nemen naarmate men ouder is. Ouderen en minder opgeleiden maakten minder gebruik van professionele hulp.

¹⁾ Gurin et al. gebruiken hier de term 'displacement' (pag. 360-366). In het Nederlands wordt dit egodefensieve mechanisme doorgaans vertaald met 'verplaatsing' of 'verschuiving'. Dit betekent het affekt, dat door een bedreigende stimulus wordt opgeroepen, wordt onbewust op een ander object overgedragen, b.v. men reageert agressie die een machtiger persoon oproept op een minder-machtige af. Uit de voorbeelden die Gurin en de zijnen geven ter verduidelijking blijkt dat zij hier eigenlijk 'verdringing' bedoelen.

Daar bleek echter geen frekwenter gebruik tegenover te staan van andere actieve vormen van probleemoplossen, zoals het zelf oplossen of een beroep doen op informele hulp. Men nam daarentegen relatief vaker zijn toevlucht tot reacties als niets doen, ontken-
nen, verdringen, zich zorgen blijven maken of bidden. Gurin en de zijnen konkluderen hieruit:

"Thus it would appear that the lower use of professional help resources in groups like the lower educated and older ages is a sign neither of their greater mental health nor of a more succesfull handling of their problems by other means but rather reflects mental health needs that have been less adequately met." (pag. 380)

Enkele kanttekeningen bij Gurin's typologie. Gurin en de zijnen betitelen alleen de actieve reacties als 'probleemoplossend' (coping). Hierachter gaat een normatieve visie schuil over wat effectieve en ineffektieve wijzen van probleemoplossen zijn. Ontkenning en verschuiving worden doorgaans als slechte en onaangepaste reacties beschouwd, en dus niet als probleemoplossend. Wij delen deze stellingen niet. Uiteraard geven ook wij de voorkeur aan actieve wijzen van probleemoplossen. We kunnen ons echter voorstellen dat de 'passieve' probleemreacties in bepaalde omstandigheden een zeer realistische reactiewijze inhouden bij gebrek aan haalbare of 'betaalbare' alternatieven. Bovendien kunnen zij effectief zijn in het opheffen van bewust psychies lijden, waardoor voorkomen kan worden dat de uitvoering van belangrijke taken of rollen wordt belemmerd en hierdoor een opeenstapeling van problemen zou ontstaan. Daarom rekenen wij ook de passieve probleemreacties tot de categorie van probleemOPLOSSENDE reacties.

De specificatie van alternatieve probleemreacties is voor de analyse van het ijsbergfenomeen om een tweetal redenen van belang. Ten eerste is het hierdoor mogelijk na te gaan of het niet gebruik maken van professionele hulp bij ervaren problematiek positief geëvalueerd kan worden omdat men voldoende kan steunen op eigen probleemoplossende vermogens of op hulp uit de directe leefomgeving, dan wel negatief omdat men niet over deze alternatieven kan beschikken. Ook theoreties laat zich uit het voorgaande een belangrijke konklusie trekken. Hulpzoeken b.v. bij een huisarts is slechts één van de vele mogelijkheden tot hulpzoeken en dus één van een nog groter aantal denkbare probleemoplossende reacties. Bij de selectie van een adequate probleemoplossende reactie moet dit specifieke hulpzoekgedrag dus concurreren met een groot aantal reactie-alternatieven. Houdt men hiermee ook bij onderzoek rekening dan zou de prediktie van een specifiek hulpzoekgedrag daardoor kunnen worden vergroot.

5.4.4 Andere fasenmodellen van hulpzoeken bij psychosociale problemen

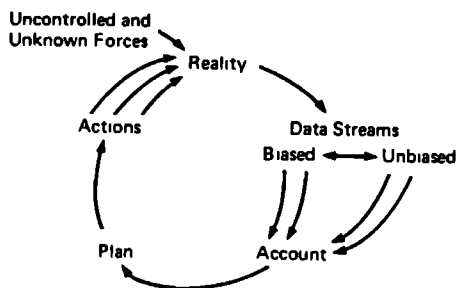
We vinden in de literatuur nog andere fasenmodellen die kunnen worden opgevat als varianten van het model van Gurin en de zijnen (Kadushin, 1969; Levin & Roberts, 1976). KADUSHIN (1969) heeft het 3-fasenmodel van Gurin en de zijnen uitgebreid tot een 5-fasenmodel. Hierin legt hij allereerst de nadruk op het onderscheid tussen hulpzoeken in de directe leefomgeving en bij professionele hulpverleners, en vervolgens op een aantal

opeenvolgende beslissingen in de keuze voor een specifieke hulpverlener. Het fasenmodel waarmee Kadushin de weg naar een psychiater beschrijft ziet er als volgt uit:

1. herkenning van een emotioneel probleem
2. het bespreken van deze problemen binnen de kring van vrienden en verwanten
3. de beslissing om professionele hulp te zoeken
4. de beslissing bij welk type hulpverlener men hulp wil zoeken
5. de selectie van een specifieke hulpverlener

Deze fasen kunnen een aantal keren worden herhaald wanneer een persoon naar meer dan een professionele hulpverlener gaat. Evenals eerdere auteurs toont ook Kadushin aan dat in iedere fase andere factoren tot de uiteindelijke keuze bijdragen. Zo bleken de mensen waarmee men aanvankelijk over de eigen problemen praat niet dezelfde te zijn als degenen die de betrokken persoon uiteindelijk adviseren naar een bepaalde gespecialiseerde hulpverleningsinstantie te gaan. De selectie van de eerste hulpverlener berustte vooral op eigen gewoonten in het hulpzoeken, het gebruikelijke gedrag in de kring waartoe men behoort. Ook de invloed van de sociale klasse deed zich hier gelden. Op de keuze van hulpverleners in latere stadia hebben vooral de professionele hulpverleners een grote invloed die in het begin van het hulpzoekproces een rol hebben gespeeld. In deze latere fasen spelen ook de kennis van specifieke hulpverleners, de evaluatie van hun karakteristieken, de verwachte voordelen van de hulp en het verwezen of onder druk gezet worden een belangrijke rol.

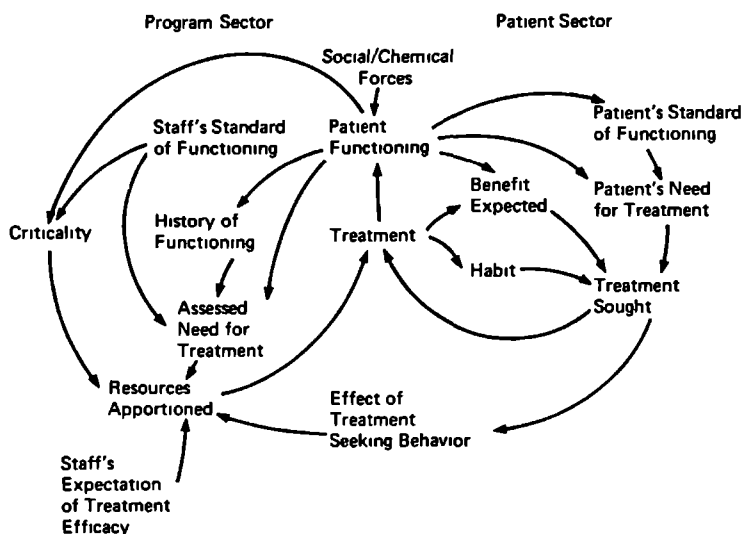
Een nadeel van het model is de sterke focus op de psychiatrische hulp. Vrienden en verwanten worden niet zozeer gezien als belangrijke hulpverleners binnen het natuurlijke circuit, maar vooral als stimulans of belemmering in de weg naar de gespecialiseerde psychiatrische hulpverlener.



*Fig. 5.6 The social practitioner: a dynamic view
(ontleend aan Levin en Roberts, 1976, pag.6;
met toestemming van de uitgever)*

Systematisering van opzet is het PROCESMODEL dat LEVIN & ROBERTS (1976) hebben ontwikkeld over het hulpzoeken. Roberts, verbonden aan de System Dynamics Group van het Massachusetts Institute of Technology, heeft met enkele andere onderzoekers de interactie tussen de (potentiële) cliënt en een hulpverlenende instantie uitgewerkt vanuit een dynamische systeemtheorie. Het resulterende model werd vervolgens via computersimulaties uitgetest. De overeenkomst met eerdere modellen is dat ook zij van een sociaal-psychologische benadering uitgaan met een sterke nadruk op het cognitieve aspect.

Hun uitgangsmodel van de dynamiese gedragscyclus ziet er als volgt uit (figuur 5.6). Een persoon ontvangt een continue stroom van gegevens (data streams) over de werkelijkheid. Sommige zijn vrij werkelijkheidsgetrouw, andere zijn sterk vertekend. Uit al deze gegevens bouwt de persoon een beeld, zij het onvolmaakt, op van de werkelijkheid ('account' of reality). Dit beeld zet hem er toe aan een 'plan' te ontwikkelen, te wijzigen of juist te continueren, hetwelk vervolgens van invloed is op zijn feitelijke gedrag(actions). Op zijn beurt heeft dit gedrag invloed op de werkelijkheid en verandert deze mogelijk. Vervolgens ontvangt de persoon weer een nieuwe stroom van gegevens over eventuele veranderingen in de werkelijkheid, welke hij terecht of ten onrechte toeschrijft aan het resultaat van zijn eerdere actie. Dit kan ten onrechte zijn omdat de werkelijkheid tegelijkertijd reageert op krachten die voor hem niet zichtbaar zijn of minstens niet onder zijn controle staan. Deze veranderde gegevens kunnen dus weer leiden tot een veranderd beeld van de werkelijkheid en als gevolg hiervan tot andere gedragsvoornemens en tot ander gedrag. De keten van invloeden voltrekt zich volgens een cyclische en dynamische proces.



Figuur 5.7 The Causal Structure of Treatment Drop-out

(ontleend aan Levin en Roberts, 1976, pag. 42; met toestemming van de uitgever)

De sterke nadruk op feedback-processen valt vooral op in de uitwerking die Levin en Roberts hiervan hebben gegeven voor het proces van hulpzoeken en hulpverlening bij psychosociale problematiek (figuur 5.7). In deze uitwerking passen zij hun basismodel zowel toe op de hulpverlenende instantie (program sector) als op de hulpvrager (patient sector) om vervolgens beide modellen in een interactief model te integreren. Zij laten daarbij niet alleen zien DAT er feedbackmechanismen optreden, maar ook HOE ze werken, d.w.z. op welk element in het systeem iedere feedbacklijn van invloed is.

Aan de 'patiënt'-kant in hun model hanteren zij hetzelfde type variabelen als in het HBM, nl. de behoefte aan hulp en het verwachte effect. Onafhankelijk daarvan onderscheiden zij echter ook nog een derde verklarende variabele: gewoontegedrag ('habit'). Zij doelen daarmee op de mate waarin het gedrag reeds eerder door de persoon is vertoond. Het HBM veronderstelt dat gewoonten een indirecte invloed hebben op het gedrag, Levin en Roberts gaan daarentegen van een rechtstreekse invloed uit. Of de uiteindelijke hulpverleningsrelatie feitelijk tot stand komt, wordt in hun model verder afhankelijk gesteld van de waarnemingen en opvattingen van de hulpverleners.

5.5 EEN VOORLOPIGE BALANS

In de voorgaande paragrafen hebben we een aantal variabelen, modellen en overwegingen de revue laten passeren. Gezien de complexiteit ervan lijkt het ons zinnig een voorlopige balans op te maken, alvorens we nieuwe inzichten en feiten aan deze reeks toevoegen.

We zijn deze studie begonnen omdat we meenden dat er het een en ander schort aan de afstemming van het hulpaanbod van de AGGZ op de behoefte aan professionele hulp in de regio. Afgaande op de onderzoeksliteratuur konkludeerden we dat slechts een klein gedeelte van de mensen met ernstige psychosociale problemen professionele hulp ontvangt, respectievelijk hulp van de AGGZ. We hebben eveneens gekonstateerd dat hieruit pas beleidskonsequenties getrokken kunnen worden, wanneer we inzicht hebben in de redenen waarom sommige mensen met hun problemen wel en andere geen beroep doen op professionele hulp. Deze redenen kunnen liggen in de sfeer van 'belemmeringen', het is ook mogelijk dat uit de gekonstateerde problemen ten onrechte een behoefte aan professionele hulp wordt afgeleid. We hebben daarom informatie nodig over het proces dat aan een eventuele hulpvraag bij de AGGZ voorafgaat.

Vanuit de preventieve taak van de AGGZ zijn we in een soortgelijke vraag geïnteresseerd: hoe gaan mensen met hun psychosociale problemen om voordat ze bij de AGGZ terecht komen. Preventieve activiteiten beogen immers de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp, m.n. vanuit de AGGZ, te verminderen. Dit wordt onder meer nagestreefd door het vermogen van mensen te vergroten om als persoon, groep of organisatie eigen psychosociale problemen te kunnen oplossen.

We geven hieronder een opsomming van de belangrijkste inzichten, die de voorgaande paragrafen hebben opgeleverd omtrent het zojuist geschetste vraagstuk.

- a. In de onderzoeksliteratuur is een groot aantal DEMOGRAFIESE EN SOCIAAL-PSYCHOLOGIESE VARIABELEN te vinden die - onafhankelijk van de aard en de ernst van de psychosociale problematiek - een verklarende en/of prediktieve waarde bezitten ten aanzien van het hulpzoekgedrag. Bovendien biedt de literatuur een aantal ordeningen van deze variabelen in de vorm van een theoretisch model. Het geheel wijst op de invloed van sociale selectie.

- b. De subjectieve aanwezigheid en ervaren ernst van de psychosociale problematiek vertoont een KROMLIJNIG VERBAND met de waarschijnlijkheid dat er professionele hulp wordt gezocht (drempel-effekt).
- c. Het zoeken van professionele hulp bij een specifieke hulpverlener is geen op zichzelf staande gedrag(skeuze), maar vormt EEN ALTERNATIEF TE MIDDEN VAN EEN GROTE REEKS VAN DEELS OPEENVOLGENDE EN DEELS MET ELKAAR KONKURERENDE HULPZOEKGEDRAGINGEN. In dit proces zijn drie belangrijke keuze-momenten te onderscheiden: de keuze tussen wel en niet hulpzoeken in het algemeen, de keuze tussen het zoeken van informele of professionele hulp, en de keuze voor een specifieke hulpverlener. De variabelen die de waarschijnlijkheid van het hulpzoeken in het algemeen voorspellen of verklaren, verschillen van de variabelen welke een rol spelen bij de keuze van het type hulp, of hulpverlener.
- d. Hulpzoeken kan worden beschouwd als een VORM VAN PROBLEEMOPLOSSEND GEDRAG, naast andere typen van adequate en inadequate probleemoplossende reacties. Het proces van probleemoplossen heeft een CYCLIS KAKTER, d.w.z. het bestaat doorgaans uit meerdere opeenvolgende, probleemoplossende reacties. Hierbij is het resultaat van eerdere reacties van invloed op de noodzaak en de keuze van daaropvolgende reacties. Zo mag eveneens worden verondersteld dat het effect van eerdere hulpzoekgedragingen van invloed is op de noodzaak en de keuze van latere hulpzoekgedragingen.

5.6 NAAR EEN THEORETISCH MODEL VAN HULPZOEKGEDRAG

Alvorens we op basis van de hiervoor genoemde inzichten in paragraaf 5.7 het theoretische model beschrijven dat het uitgangspunt vormde voor ons onderzoek, zullen we eerst nader ingaan op enkele theoretische aspecten die in de voorgaande modellen (par. 5.3 en 5.4) onvoldoende werden belicht.

In de loop van onze studie heeft onze aanvankelijke interesse in de achtergronden van het zoeken van professionele hulp zich dus verbreed tot de bestudering van het hulpzoekgedrag in het algemeen. Om de betekenis van het hulpzoeken voor het herstel of behoud van het psychosociale welzijn goed te kunnen begrijpen, zou het nodig zijn ons nu verder te verdiepen in de wijzen waarop mensen hun psychosociale problemen oplossen, in de factoren die daarop van invloed zijn en in de specifieke rol die hulpzoekgedragingen in dit proces vervullen.

In de voorbereidingsperiode van ons empirisch onderzoek hebben we ons echter nog slechts in beperkte mate met dit 'coping'-perspectief bezig gehouden. In de hulpzoekliteratuur waarop wij ons in die periode hebben gebaseerd, kreeg dit aspect immers eveneens slechts beperkte aandacht. In de recente sociaal-epidemiologische literatuur wordt aan deze 'probleemoplossende' benadering veel meer aandacht geschonken. In een latere fase van onze studie hebben we ons dan ook veel uitvoeriger beziggehouden met theorieën over 'stress en coping' in relatie tot hulpzoeken. Daarbij waren we met name geïnteresseerd in de ontwikkeling van een model, waarin de mogelijke effecten beschreven worden, die hulpzoekgedragingen kunnen hebben op de verschillende psychologische en sociale fak-

toren welke een belangrijke rol gespeeld hebben in het ontstaan van de problematiek. Aangezien we hulpzoekgedrag opvatten als een vorm van probleemoplossen, beoogden we met een dergelijk model tevens een theoretisch kader te bieden waaruit, ten behoeve van de AGGZ-preventie, een reeks van alternatieve preventiestrategieën kunnen worden afgeleid.

Aanvankelijk beoogden we deze uitwerking aan het einde van deze publikatie als slot-hoofdstuk toe te voegen. We hebben hiervan afgezien, allereerst omdat de omvang van deze publikatie hierdoor aanzienlijk zou toenemen. De belangrijkste reden is evenwel dat een dergelijke uitwerking een studie apart vormt, die veel verder reikt dan het oorspronkelijke doel en de opzet van deze studie. We hebben ons voorgenomen hierover een aparte publikatie samen te stellen.

In de navolgende bespreking zullen we ons beperken tot die aspecten van het 'coping'-perspektief, welke reeds bij de opzet van het empirisch onderzoek een rol hebben gespeeld. Het gaat hierbij met name om de vraag of het gebruik van informele hulp een preventieve werking heeft op het gebruik van professionele hulp.

5.6.1 Hulpzoeken als brugfunctie tussen het eigen probleemoplossend vermogen en sociale ondersteuning

Hoewel men in de psychiatrie, en - in bredere zin - de GGZ altijd wel de rol van sociale factoren in het ontstaan van psychische stoornissen heeft onderkend, vormden de persoonsgebonden kenmerken en processen toch het belangrijkste oriëntatiepunt voor de diagnostiek en de therapie. Voorbeelden: de mate van zelfinzicht, zelfakseptatie, het empathisch vermogen, aangeleerde angsten, assertiviteit, kontaktuele vaardigheden, neiging tot dwangmatigheid e.d. Tezamen vormen dergelijke variabelen het 'probleemoplossend vermogen' van een persoon.

In het midden van de zeventiger jaren ontstond er een snel groeiende belangstelling voor niet-professionele ondersteuningssystemen en sociale netwerken (Caplan, 1974; Caplan & Killilea, 1976; Ehrhardt, 1975; Bremer-Schulte, 1974; Romme, 1974; Hattinga Verschure, 1977; Harberden & Lafaille, 1978). Aan dergelijke ondersteunende systemen werd eveneens een belangrijke preventieve invloed toegekend bij het ontstaan van psychosociale stoornissen. Het organiseren of activeren van dergelijke ondersteunende systemen vormt mede een belangrijke taak voor kuratie- en preventiewerkers in de AGGZ.

In onze opvatting vervult het HULPZOEKEN DE BRUGFUNKTIE TUSSEN DE EIGEN PROBLEEMOPLOSSENDE VERMOGENS EN DE SOCIALE ONDERSTEUNING in de omgeving. Schieten de eigen vermogens tekort, dan heeft het hulpzoeken de functie aanvullende krachten in de omgeving te mobiliseren ten einde het probleem alsnog te kunnen oplossen. Naarmate mensen beter in staat zijn om in probleemsituaties een beroep te doen op informele hulp in hun omgeving, hebben zij meer kansen hun problemen op te lossen, de ontwikkeling van psychosociale stoornissen te voorkomen en daarmee eveneens te voorkomen dat er behoefte aan professionele hulp ontstaat. Anderzijds, naarmate mensen minder vermogens hebben tot hulpzoeken, lopen zij een groter risico dat hun problemen zich ontwikkelen tot psychosociale stoornissen, en daarmee tot een behoefte aan professionele hulp. Maar ook dan

speelt hun onvermogen tot hulpzoeken een belemmerende rol. Zij zullen trachten het zoeken van professionele hulp zo lang mogelijk te vermijden, hetgeen de kans vergroot dat zij pas in een zeer laat stadium professionele hulp ontvangen, wanneer de stoornissen reeds een ernstige vorm hebben aangenomen. Het voorgaande betekent, dat het vermogen tot hulpzoeken als een essentieel onderdeel kan worden beschouwd van iemand's totale uitrusting aan probleemoplossende vermogens, welke noodzakelijk zijn voor het behoud, het herstel of de verdere ontwikkeling van het psychosociale welzijn.

Of er feitelijk informele hulp wordt verkregen is niet alleen afhankelijk van het EIGEN VERMOGEN TOT HULPZOEKEN, maar eveneens van de mate waarin INFORMELE HULP IN DE SITUATIE VOORHANDEN EN TOEGANKELIJK IS. Wanneer er weinig kontakten bestaan met de omgeving, in deze omgeving weinig mogelijkheden tot contact voorhanden zijn of wanneer de omgeving in haar kontakten weinig openstaat voor het bespreken van persoonlijke problemen, dan vormt dit een situationele belemmering op het moment dat er behoefte bestaat aan informele hulp.

Wat in de hiervoor genoemde literatuur opvalt, is haar ideologies karakter. We beoelzen daarmee dat hierin weinig aandacht wordt geschonken aan de empiriese toetsing van de veronderstelling dat 'sociale ondersteuning' en 'informele hulp' een preventieve werking hebben op de ontwikkeling van psychosociale stoornissen en de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp. Aangezien juist deze veronderstelling een cruciale rol speelt in de afstemming van het hulpaanbod op de hulpbehoefte, geven we hieronder een overzicht van de beschikbare onderzoeksgegevens uit de literatuur.

5.6.2 Preventieve waarde van sociale ondersteuning

De preventieve invloed van niet-professionele ondersteuning is inmiddels onderwerp van een groot aantal studies geweest onder uiteenlopende bevolkingsgroepen. In sommige studies wordt de relatie met somatische stoornissen, in andere studies met psychosociale stoornissen bestudeerd. Myers et al. (1972) toonden aan dat naarmate het aantal stressvolle gebeurtenissen groter is de kans op psychosociale stoornissen in de periode daarna sterk toeneemt. Voor een aantal personen bleek dit verband echter niet op te gaan. In een latere studie (Myers et al., 1975) vonden zij dat deze afwijkingen konden worden verklaard uit de mate van sociale integratie. Een laag nivo van sociale integratie bleek mensen gevoeliger te maken voor psychosociale stoornissen als reactie op stressvolle gebeurtenissen, ook al waren er dat maar weinig. Een sterke sociale integratie maakt de kans op psychosociale stoornissen kleiner. Ook Lin et al. (1979) toonden een negatief verband aan tussen de mate van sociale ondersteuning en het aantal psychiatrische symptomen. De verklaarde variantie bleek zelfs tweemaal hoger dan die van de stressvolle gebeurtenissen en de demografiese variabelen samen, en bovendien onafhankelijk van deze variabelen. Holahan en Moos (1981) vonden eveneens een negatief verband. Het prospectieve karakter van hun studie onderstreept de kausale betekenis van sociale ondersteuning.

Een aantal studies hebben dit fenomeen specifiek bestudeerd in verband met de gevolgen van werkproblemen. In een onderzoek naar de gevolgen van twee gedwongen fabriekssluitingen vond Gore (1978) dat gedurende een periode van twee jaar werkelozen op het platteland,

waar een hoog nivo van sociale ondersteuning werd gekonstateerd, significant minder symptomatologie vertonen dan een vergelijkbare groep werklozen in de stad met veel minder mogelijkheden tot sociale ondersteuning. Rond ditzelfde thema verrichtte Cobb (1974,1976) onderzoek onder mannen naar de gevolgen van personeelsafvloeiing in bedrijven. Hij onderzocht eveneens de mate van sociale ondersteuning die de gezinnen ontvingen in de periode die direkt aan de feitelijke afvloeiing vooraf ging. Het bleek dat het urinezuur- en het cholesterolgehalte in het bloed - bekende risico-medikatoeren voor bepaalde ziekten - in de groep als geheel duidelijk waren gestegen. Sociale ondersteuning bleek hierop een matigend effect te hebben. Hoe sterker de sociale ondersteuning hoe minder de verhoging. Ook LaRocco et al. (1980) komen op basis van een kritisch overzicht van de literatuur over dit thema en op basis van hun eigen onderzoek tot de konklusie dat sociale ondersteuning een z.g. 'buffer-effect' heeft op de relatie tussen werk-gerelateerde stressoren en de lichamelijke en geestelijke gezondheid. Meer sociale ondersteuning uitte zich echter niet in een grotere tevredenheid met de baan of de werkomstandigheden.

Een typerend voorbeeld ten aanzien van de somatische gezondheid bieden Hagburg en Malmquist (1974). Uit hun onderzoek onder nierdialyse-patiënten bleek dat regelmatig sociaal contact een gunstige prognostische faktor vormt in hun herstelproces.

Vrijwel alle hier besproken studies gaan uitsluitend over volwassenen. Recentelijk, toonde Sandler (1980) aan dat de preventieve invloed van sociale ondersteuning ook bij kinderen aanwezig is. In een onderzoek onder 71 kinderen van een kleuterschool bleek dat de aanwezigheid van broertjes en zusjes in het gezin en de aanwezigheid van beide ouders tot minder onaangepast gedrag leidde als reactie op een reeks stressvolle gebeurtenissen dan in eenoudergezinnen of gezinnen waar zij het enigste kind waren.

In de voorgaande studies werden de relaties onderzocht tussen sociale ondersteuning en indicatoren voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. In een aantal andere studies wordt de relatie onderzocht met de mate waarin gebruik gemaakt wordt van professionele hulpverleners. In zijn bevolkingsstudie toonde Grosser (1979) aan dat degenen die psychiatrische hulp zochten een minder sterke band hebben met hun sociale omgeving (familie, vrienden, burens) dan degenen die dergelijke hulp niet hadden gezocht. Nu zou het kunnen zijn dat minder sociaal contact het rechtstreekse gevolg is van (bepaalde) psychosociale stoornissen. De mate van sociaal contact zou dan weinig eigen verklaringswaarde bezitten. De samenhang bleef echter gehandhaafd wanneer het nivo van de psychosociale nood tussen hulpzoekers en niet-hulpzoekers gelijk werd gehouden. Volgens de auteur suggereren de resultaten dat informele sociale relaties het individu emotionele en andere vormen van hulp bieden die de behoefte aan professionele hulp in crisissituaties reduceert. Baker (1977) en Constantine (1976) kwamen tot dezelfde onderzoeksresultaten. De samenhang tussen sociale integratie en het gebruik van GGZ-hulp bleek bij Baker echter vooral hoog te zijn binnen de categorie vrouwen en bij minder ernstige vormen van psychosociale nood.

Een aantal studies hebben zich specifiek tot vrouwen beperkt. Zo toonden Cohler et al. (1974) aan dat een hoog nivo van sociale ondersteuning bij vrouwen na de geboorte van hun eerste kind gepaard ging met minder opnamen in een psychiatrisch ziekenhuis. In een studie naar het gebruik van konsultatiebureaus voor moeders vond McKinley (1973) dat vrouwen die in sterk kohesieve netwerken van verwanten en vrienden leven en daarmee frekwent kon-

takt hebben, zich voor adviezen vooral tot die informele netwerken wenden en het gebruik van deze professionele voorzieningen langer uitstellen. Vrouwen die in veel mindere mate konden beschikken over sociale kontakten wendden zich veel eerder tot professionele hulp. Rounsaville (1978) konstateerde in een onderzoek onder mishandelde vrouwen, die zich tot een mediese eerste hulppost hadden gewend, eveneens dat het gebruik van aangeboden psychiatriese hulp afhangt van de mate waarin die vrouwen over sociale ondersteuning in hun omgeving konden beschikken.

Ook McMichael en Hetzel (1974) toonden in een prospectieve studie onder 2041 Australische studenten aan dat het zoeken van professionele hulp voor psychosociale stoornissen zowel afhankelijk bleek van de ernst van de stoornis als van de mate van sociale integratie.

Met name voor het gebied van de tertiaire preventie is de studie van Cohen en Sokolovsky (1978) interessant. In een prospectieve studie toonden zij aan dat bij schizofrenen, na hun ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis en woonachtig in eenpersoonkamers van een pension, eerder van heropname sprake is wanneer hun sociale netwerk klein is, 'low in density' en er wederkerigheid in de kontakten ontbreekt.

We hebben tot dusverre in vrij algemene termen gesproken over sociale kontakten, sociale integratie en sociale ondersteuning. Omdat we het hier hebben over psychosociale problemen kan men zich de vraag stellen of simpelweg het hebben van sociale kontakten deze preventieve werking te weeg brengt, of dat alleen de aanwezigheid van meer intieme sociale kontakten een dergelijke invloed heeft. Uit het onderzoek van Miller en Ingham (1976) bleek dat niet alleen intieme sociale relaties, maar ook een aantal tijdelijke en minder intieme vriendschappen een beschermend effect hebben op het ontstaan van psychologische en lichamelijke symptomen onder de patiënten van een huisarts.

5.6.3 Een kontrasterende bevinding

Tot een geheel andere konklusie over de betekenis van sociale netwerken komen Van Engelsdorp Gastelaars e.a. (1974) op grond van een enquête-onderzoek in een viertal Amsterdamse buurten. Hoewel ook zij van de hypothese uitgingen dat sociale kontakten een alternatief vormen voor het inroepen van professionele hulp vonden zij juist dat de omvang van de kontakten met vrienden en burens positief samenhangt met het gebruik van diverse instanties voor sociale dienstverlening. Zij geven hiervoor een tweetal verklaringen. Allereerst kan men via een groot aantal sociale kontakten over meer informatie beschikken met betrekking tot hulpverleningsmogelijkheden dan bij het ontbreken ervan. Deze uitleg komt overeen met de bevinding van Horwitz (1977a), in een studie over de 'Pathways to psychiatric treatment'. Ten tweede kan dit kontaktpatroon wijzen op een hoge mate van sociabiliteit. Dit houdt in dat men zich makkelijk bloot geeft en gemakkelijker kontakten maakt met anderen, dus ook gemakkelijker hulp zoekt bij professionele instanties. Het voornoemde verband bleek vooral sterk aanwezig te zijn in de lagere welstandsgroepen. In de hoogste welstandsgroep vonden zij juist het tegenovergestelde verband, nl. meer hulpzoeken naarmate men minder vertrouwelijke kontakten heeft met de omgeving.

Met het onderzoek van Engelsdorp-Gastelaars e.a. zijn we op een cruciaal probleem gestoten. De resultaten van de eerder besproken studies steunen de vrij algemeen geaccepteerde assumptie dat het gebruik van informele ondersteuningsmogelijkheden tot een verlaging leidt van de behoefte aan professionele hulp. Tussen het gebruik van deze twee vormen van hulp wordt dus een NEGATIEF VERBAND verondersteld. Wanneer door preventieve activiteiten (b.v. via mentaliteitsbeïnvloeding, zelfhulpgroepen) het gebruik van informele hulp zou worden vergroot, verwacht men een verlaging van het gebruik van de professionele hulp. Dit is ook de reden waarom niet alleen critici van de professionele hulpverlening, maar ook de subsidiegevers sterk in deze relatie geïnteresseerd zijn. Houden we echter rekening met de bevindingen van Engelsdorp-Gastelaars e.a. dan zouden we mogelijk ook precies het omgekeerde effect kunnen verwachten. Het bevorderen van het vermogen tot het zoeken van informele hulp, zou dan eerder tot een verdere toename van het gebruik van professionele hulp leiden, dan tot de beoogde afname ervan. Wanneer mensen in het algemeen meer geneigd zijn tot hulpzoeken, dan verhoogt dit de kans dat er vaker hulp gezocht wordt om het even bij welke hulpverlener. Dit impliceert een POSITIEF VERBAND tussen diverse hulpzoekgedragingen gericht op uiteenlopende informele en professionele hulpverleners.

Deze tegenstrijdigheid roept de vraag op of er kondities zijn aan te geven waaronder een negatief en andere kondities waaronder een positief verband verwacht mag worden tussen het gebruik van informele en professionele hulp. We menen dat de volgende kondities een nadere specificatie mogelijk maken.

Of er een positief of negatief verband verwacht mag worden hangt allereerst af van de vraag of er zoiets bestaat als een 'algemene' neiging tot hulpzoeken, m.a.w. of er duidelijke verschillen tussen mensen zijn in de mate waarin zij geneigd zijn tot hulpzoeken ongeacht de aard van de hulpverleners. Naarmate deze algemene neiging tot hulpzoeken sterker is, verwachten we een positief verband. Naarmate richting-specifieke factoren een sterkere rol spelen zal er eerder een negatief verband gevonden worden.

Ten tweede is het van belang of mensen in probleemsituaties doorgaans slechts van een of van een groot aantal hulpverleners gebruik maken. Hoe groter dit aantal is hoe meer kans er is op een positief verband.

Ten derde is het belangrijk in welke mate de ondersteunende omgeving (informele hulpverleners) positieve dan wel negatieve normen hanteren ten aanzien van het zoeken van hulp buiten de eigen kring, resp. het zoeken van professionele hulp. Naarmate deze normen negatiever zijn, zal ook het hier besproken verband negatiever zijn.

Ten vierde is het mogelijk dat in sommige bevolkingsgroepen een positief verband aanwezig is en in andere een negatief verband, zoals Engelsdorp-Gastelaars e.a. aangetoond hebben voor lagere en hogere welstandsgroepen.

5.6.4 'Self disclosure'

De vraag of er sprake is van een 'algemene geneigdheid tot hulpzoeken' brengt ons tot een laatste theoretiese aanvulling in dit hoofdstuk. In paragraaf 5.3.1 bespraken we het attitude-onderzoek van Fischer en Turner (1970) en enkele vervolgstudies waarbij

gebruik gemaakt is van hun houdingsschaal met betrekking tot hulpzoeken. Zij vonden naast een richting-specifieke faktor tevens aanwijzingen voor een algemene neiging tot hulpzoeken: de faktor openheid. Bovendien toonden zij aan dat deze faktor positief gerelateerd was aan het zoeken van professionele hulp. Deze faktor vertoont een sterke overeenkomst met het begrip 'self-disclosure' van Jourard (1959, 1971, 1974). Hij omschrijft dit als:

"the act of communicating one's experience to others through words and actions"
(Jourard, 1974, pag. 163).

Uit een nadere toelichting blijkt dat hij daarbij vooral doelt op het geven van informatie aan anderen over meer persoonlijke en intieme ervaringen. Praten met anderen over eigen problemen om hun hulp te verkrijgen, valt onder een dergelijke noemer. Met andere woorden, hulpzoeken kan worden beschouwd als een vorm van 'self-disclosure'. De theoretische inzichten die hierover bestaan kunnen ons dan ook helpen bij onze studie over het hulpzoekgedrag.

Uit Jourard's studies lichten we een viertal konklusies die een bijzondere betekenis hebben voor het hulpzoekgedrag. Allereerst blijken er sterke persoonlijkheidsverschillen te bestaan in de mate waarin mensen over hun persoonlijke ervaringen met andere praten. Sommigen zijn daarin erg open, anderen juist gesloten. Ten tweede blijkt de mate van self-disclosure gerelateerd te zijn aan de sociale groep waartoe men behoort. Zo vertoonden bijvoorbeeld vrouwen in zijn studies meer self-disclosure dan mannen. Bovendien gaven anderen meer self-disclosure te zien in kontakt met vrouwen dan in kontakt met mannen. De belangrijkste en meest consistente bevinding van Jourard is ongetwijfeld de tendens tot wederkerigheid van self-disclosure in de relatie tussen mensen. Naarmate de een meer persoonlijke en intieme informatie in de kommunikatie inbrengt, zal de ander dit als reactie daarop ook doen. Ten vierde wijst Jourard op de betekenis van self-disclosure voor de ontwikkeling van een gezonde persoonlijkheid. Zij stimuleert de ontwikkeling van relaties met anderen. Bovendien, naarmate men zich meer openstelt naar anderen, leert men zich zelf beter kennen en is er minder kans op zelf-vervreemding. Jourard vond bij mensen met een lage zelfwaardering en bij 'abnormalen' op de M.M.P.I. een lagere graad van self-disclosure dan bij mensen met een hoge zelf-waardering en bij een M.M.P.I.-kontrolegroep (Jourard, 1971). Onduidelijk bleef echter of hierbij sprake was van een kausaal verband en zo ja, in welke richting.

Voor het hulpzoeken kunnen uit deze konklusies de volgende verwachtingen ontleend worden. Mensen verschillen in de mate waarin zij in het algemeen geneigd zijn tot hulpzoeken. Deze geneigdheid is vermoedelijk gebonden aan de sociaal kulturele groepering waartoe men behoort. Mensen met psychosociale stoornissen zijn minder geneigd om over hun problemen te praten met voor hen belangrijke personen in hun omgeving, hetgeen het voor hen extra moeilijk maakt deze op te lossen zonder professionele hulp. Tenslotte leidt het wederkerigheidsprincipe tot de veronderstelling dat degenen die in het algemeen meer geneigd zijn hulp te vragen in hun omgeving, vanuit deze omgeving ook vaker gekonfronteerd worden met hulpvragen van anderen (en vice versa). De individuele neiging tot hulpzoeken wordt dus als het ware opgeroepen en in stand gehouden door een sociaal klimaat waarin het zoeken van informele hulp gebruikelijk is. Het is niet duidelijk of dit ook doorspeelt in de vraag naar professionele hulp, omdat daarbij doorgaans geen sprake is van wederkerigheid in de hier bedoelde zin.

We vatten dit hoofdstuk samen door de bespreking van een model over het ontstaan van hulpzoekgedrag, waarin de belangrijkste elementen uit dit hoofdstuk bijeen zijn gebracht (figuur 5.8).

Uitgangspunt van het model is de veronderstelling dat hulpzoekgedrag een vorm is van probleemoplossend gedrag. Bij de oplossing van een probleem moeten veel potentiële reakties met elkaar concurreren. HULPZOEKGEDRAGINGEN moeten concurreren met vele ANDERE PROBLEEMOPLOSSENDE GEDRAGINGEN. Vervolgens zijn binnen het hulpzoeken vele gedragsalternatieven te onderscheiden, waaruit men de keuze moet maken voor een specifieke hulpzoekrichting. Het belangrijkste is het onderscheid in het zoeken van INFORMELE HULP versus het zoeken van PROFESSIONELE HULP. Binnen de categorie 'informele hulpverleners' kan een verder onderscheid worden aangebracht naar de aard van de hulpbron, bijvoorbeeld partner, familie, vrienden, collega's. Binnen de professionele hulp onderscheiden we de eerste lijn (in ruime zin), de psychosociale zorg in de tweede lijn (de AGGZ, de vrijgevestigde specialisten en de poliklinieken) en de intramurale GGZ. Binnen ieder van deze echelons dient weer een keuze gemaakt te worden voor een specifieke hulpverlener of instantie.

Een ander uitgangspunt wordt gevormd door de opvatting dat hulpzoekgedrag tot stand komt op basis van een bewust keuzeproces. We baseren ons daarbij op het Health Belief Model (par. 5.3.1). We kiezen voor dit model omdat zij is gebaseerd op een gedragstheorie van meer algemeen sociaal-psychologische aard, de z.g. 'Expectancy value theory'. Om dezelfde reden is het HBM nauw verwant aan Rotter's sociale leertheorie. Bovendien zijn de meeste variabelen, die in hulpzoekstudies gebruikt zijn, reeds geformuleerd in termen van het HBM of laten zich hierin makkelijk vertalen. De studies van Gurin et al. (1960) en Levin en Roberts (1976) zijn hiervan een duidelijk voorbeeld.

In de 'Expectancy-value'-benadering wordt de waarschijnlijkheid van het gedrag in een bepaalde situatie afhankelijk gesteld van de verwachting dat het gedrag in die situatie gevolgd zal worden door een 'reinforcement' maal de subjectieve waarde die deze 'reinforcement' heeft voor de persoon. Het HBM maakt een onderscheid tussen opvattingen over de uitgangssituatie en opvattingen over het gedrag. De uitgangssituatie die hier de motivationele kracht achter het gedrag vormt (subjectieve behoefte), is gelijk aan de SUBJEKTIEVE BELEVING VAN DE AANWEZIGHEID EN DE ERNST VAN EEN ZIEKTE OF PROBLEEM. Deze faktor wordt ook wel de subjectieve bedreiging van de gezondheid of het welzijn genoemd. De OPVATTINGEN OVER HET GEDRAG verwijzen naar de verwachte positieve of negatieve GEVOLGEN, respectievelijk de verwachte mogelijkheden en barrières tot het gedrag. Opvattingen over de verwachte gevolgen van het gedrag zijn volgens de 'Expectancy-value'-benadering het resultaat van een sociaal leerproces en met name van eerdere ERVARINGEN met hetzelfde gedrag en met de effecten ervan. In deze ervaringen weerspiegelen zich de positieve en negatieve, de ondersteunende en blokkerende REAKTIES uit de omgeving. Andere bronnen waarop nieuwe opvattingen gestoeld kunnen zijn, zijn onder meer de zelfcommunicatie (Schippers, 1981)¹⁾

¹⁾ Zie noot ¹⁾ op de volgende pagina.

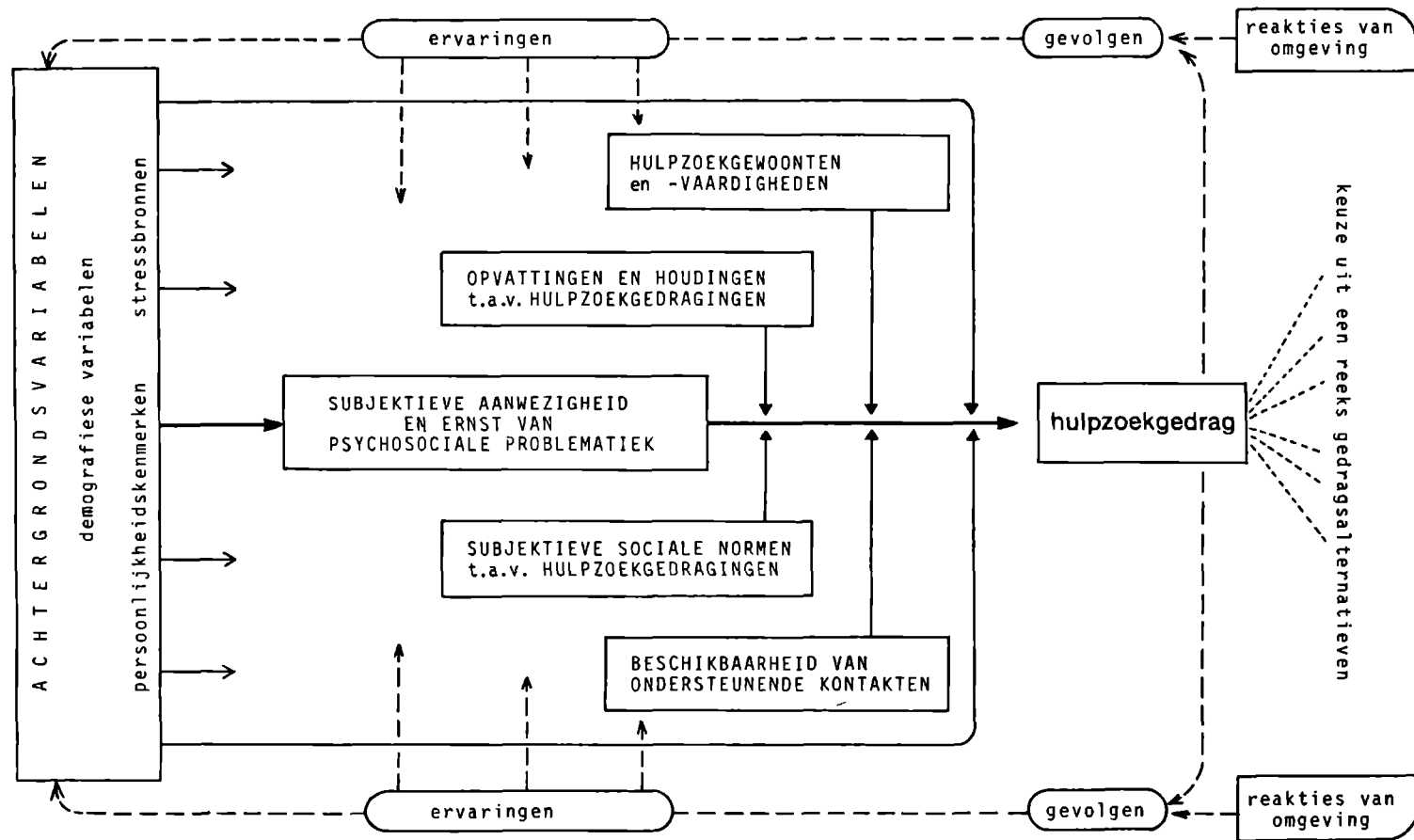
oftewel de hieruit resulterende 'inferential beliefs' (Fishbein en Ajzen, 1975) en verder de massamediale informatie en informatie van belangrijke anderen in de omgeving.

Zowel in het HBM als in de theorie van Fishbein worden situationele variabelen geacht een indirecte invloed te hebben op het gedrag en wel via de beide hiervoor genoemde cognitieve factoren. Hetzelfde geldt voor persoonlijkheidskenmerken en demografische variabelen die in deze modellen als ACHTERGRONDSVARIABLEN worden beschouwd. Hoewel zij in het HBM niet expliciet genoemd worden, kunnen ook factoren die tot de aanwezige probleemsituatie, ziekte of stoornis hebben geleid, tot deze 'achtergrondsvaariabelen' gerekend worden. Het is belangrijk ook deze achtergrondsvaariabelen in gedachten te houden, aangezien het ziekte- en probleemoplossend gedrag vaak tot doel heeft juist op deze ontstaansfactoren invloed uit te oefenen. Als zodanig kunnen zowel persoonlijkheidskenmerken alsook 'stressbronnen' worden genoemd.

Een probleem van het HBM is, de beperkte verklaaringswaarde die het blijkens onderzoek oplevert, nl. gemiddeld ongeveer 10 à 20% verklaarde variantie in het gedrag. Dit probleem is deels op te lossen via methodologische verbeteringen in dergelijk onderzoek (par. 5.3.4). Daarnaast is in de sociaal-psychologische literatuur over de houding-gedrag relatie bij herhaling gewezen op een reeks andere variabelen die eveneens van invloed worden geacht op de totstandkoming van een specifiek gedrag.

Bij de opbouw van ons model volgen we daarbij allereerst Fishbein (par. 5.3.5) die binnen de opvattingen en de daaruit voortvloeiende houding ten aanzien van het gedrag een onderscheid maakt tussen een persoonlijke en een sociale faktor. De eerste faktor vertegenwoordigt de OPVATTINGEN OVER HET GEDRAG, DIE DOMINEREND ZIJN IN HET DENKEN VAN DE PERSOON ZELF. De tweede faktor, DE SUBJEKTIEVE SOCIALE NORM, verwijst naar de normatieve krachten die de omgeving op de persoon uitoefent om het gedrag al of niet te vertonen. In ons geval kan het daarbij zowel gaan om een duidelijke afkeuring van het hulpzoeken in het algemeen dan wel van het hulpzoeken bij een specifieke hulpverlener, bijvoorbeeld omdat deze gedragingen niet passen binnen het sociaal-kulturele klimaat van het leefmilieu. De normen kunnen anderzijds juist ook een grote tolerantie inhouden of - indien de omgeving zelf ook ernstige last van de problemen ervaart - zelfs expliciete druk uitoefenen tot het zoeken van (professionele) hulp. De mate waarin door anderen op de betrokken persoon een beroep gedaan wordt op hulp (par. 5.6.4), kan eveneens als een normatieve variabele worden opgevat. Het weerspiegelt immers de aanvaardbaarheid van hulpzoeken binnen het leefmilieu. Wijken deze waargenomen normen van zijn eigen opvattingen af, dan zal de persoon deze - alnaargehang zijn konformeringsneiging - mede betrekken bij de uiteindelijke gedragskeuze. Voor de preventieve praktijk is dit onderscheid tussen persoonlijke opvattingen, waargenomen gedragsnormen en neiging tot konformereren belangrijk omdat het voor preventieve activiteiten een specificatie biedt voor konkrete veranderingsdoelen, waaruit aanwijzingen kunnen worden afgeleid omtrent de aard van de te kiezen veranderingsstrategie. Zo vergt het veranderen van individuele opvattingen over hulpzoeken een andere veran-

¹⁾ Schippers (1981) heeft de sociaal-kognitieve benadering, en de rol van de sociale leer- geschiedenissen en zelfkommunikatie uitgewerkt in een theorie over alcoholgebruik en daaraan gerelateerde problematiek en gedragskeuzen.



Figuur 5.8 Een theoreties model van het hulpzoekproces

deringsstrategie dan het veranderen van overheersende gedragsnormen in een buurt, school of werkklimaat.

Hoewel Fishbein en Ajzen (1975) van mening zijn dat men bij de prediktie van sociaal gedrag kan volstaan met de hiervoor genoemde variabelen, zullen we hier zowel om theoretiese als om praktische redenen van afwijken. Allereerst zijn de beide auteurs inkonsekvent wanneer zij wèl veronderstellen dat opvattingen over sociale normen een eigen relatief onafhankelijke faktor vormen naast andere relevante gedragsopvattingen van een persoon, en tegelijkertijd bezwaar maken wanneer anderen binnen de opvattingen en houdingen ten aanzien van het gedrag meerdere relatief onafhankelijke dimensies en dus meerdere variabelen onderscheiden. Zo is het onduidelijk waarom opvattingen over andere situationele belemmeringen dan de sociale normen niet evenzeer als aparte variabelen kunnen worden onderscheiden. Het siert de theoretikus wanneer hij zo spaarzaam mogelijk wil omgaan met het introduceren van nieuwe variabelen. Voor de praktikus - bijvoorbeeld degene die naar specifieke informatie zoekt voor het kiezen van konkrete veranderingsdoelen - is deze spaarzaamheid echter veel minder belangrijk. Integendeel, hij is vaak juist gebaat bij een sterke differentiatie. Voorts hebben we reeds eerder naar voren gebracht dat het nog te vroeg is om de z.g. 'andere variabelen', waarnaar door vele auteurs is verwezen, af te wijzen. Over hun mogelijke eigen bijdrage aan de gedragsprediktie is immers nog betrekkelijk weinig onderzoek verricht.

Tenslotte beperken Fishbein en Ajzen hun theorie tot dat sociaal gedrag dat 'under the actor's volitional control' staat (pag. 371). In een latere publikatie spreken zij over 'a theory of reasoned action' (Ajzen & Fishbein, 1980, pag. 5). Zij stellen beredeneerd gedrag ten opzichte van automatisies gedrag. Het meeste sociale gedrag is volgens hen beredeneerd gedrag. Het is in onze opvatting echter zeer de vraag of men wel in dergelijke zwart-wit termen kan spreken. Het lijkt ons zeer aannemelijk dat bij veel sociale gedragingen naast bewuste overwegingen ook andere factoren een rol spelen die niet in de kognitieve voorbereiding zijn verdiskonteerd.

Het meest duidelijk ligt dit in onze opvatting voor de faktor 'VAARDIGHEDEN EN GEWOONTEN'¹). Het belang van hun gedragsbeïnvloedende rol naast die van de houding, is door diverse auteurs onderstreept (Deutsch, 1949; Wicker, 1969; Ehrlich, 1969; Bayer et al., 1972; Norman, 1973). Het HBM noemt deze faktor wel, echter alleen als indirecte variabele. Levin en Roberts (1976) hebben deze variabele daarentegen als een direkte determinant van het hulpzoekgedrag in hun model opgenomen (figuur 5.7). Opvallend is dat ook Fishbein en Ajzen (1975) er op wijzen dat de invloed van vaardigheden en gewoonten er toe kunnen bijdragen dat niet alle gedragsintenties in daarmee korresponderend gedrag worden omgezet.

"a person may be unable to carry out his intention. If performance of the behavior requires certain abilities or resources that the individual does not possess, or if it depends on the cooperation of an other person, he may be unable to perform the behavior even if he intends to",

¹) Ook aangeleerde emotionele reacties die min of meer automatisies worden opgeroepen door een bepaalde stimulus worden wel als gewoonten opgevat. Hier gebruiken we het begrip gewoonte echter in de betekenis van een 'gedragsgewoonte', waarbij met gedrag 'overt' gedrag wordt bedoeld.

en verder:

"Another possible breakdown in the intention-behavior relation may be due to a person's habits. Although a person may intend to do one thing, 'by force of habit' he does something else." (pag. 371).

Vaardigheden en gewoonten voegen de auteurs daarna samen onder de noemer 'ability'.

Vatten we het voorgaande in eenvoudige woorden samen: ook al WIL iemand een bepaald gedrag vertonen gezien de verwachte voordelen, ook al MAG hij het van zijn omgeving vertonen, dan nog is het de vraag of hij het KAN. Dit 'kunnen' kan gedefinieerd worden als de beschikbaarheid van het beoogde gedrag in het gedragsrepertoire van iemand. We veronderstellen dat de vaardigheid van iemand om een bepaald gedrag te vertonen groter is naarmate hij het bedoelde gedrag reeds vaker heeft vertoond in een vergelijkbare situatie. Dit overlapt in sterke mate de betekenis van het begrip 'gewoonte' (habit). Dit wordt duidelijk wanneer we het voorgaande vergelijken met de definitie die Hull geeft van het begrip 'habit strenght':

"the tendency for a particular stimulus to evoke a particular response, increased in strength as a function of the number of times that the stimulus and response occurred together, so long as each pairing of the stimulus and response was reinforced" (Deese & Hulse, 1958, pag. 83)

Typerend voor de huidige betekenis van 'gewoonte' is echter eveneens dat deze gedragsreactie zich ontwikkeld heeft tot een min of meer automatische en stabiele reactie op de stimulus en slechts in zeer beperkte mate onder controle staat van een kognitieve sturing. We zijn van mening dat vaardigheden en gewoonten ook in het geval van het hulpzoeken een rol spelen. Praten over je eigen problemen met anderen achten we typies een gedrag waarvoor enige vaardigheid nodig is, welke berust op een lange sociale leer-geschiedenis. Op basis van Gurin's model en Jourard's opvattingen over 'selfdisclosure' (par. 5.6.4) gaan we er van uit dat mensen verschillen in de mate waarin zij in het algemeen beschikken over het vermogen hun eigen problemen met anderen te bespreken, respectievelijk hulp te zoeken. Het gewoonte-aspekt speelt waarschijnlijk vooral bij de bepaling van de hulpzoekrichting een belangrijke rol. Het lijkt aannemelijk dat de 'keuze' van een specifieke hulpverlener veelal eerder voortkomt uit de macht der gewoonte dan uit een rationele overweging omtrent het beste gedragsalternatief.

Een laatste faktor die ook van invloed blijkt op het hulpzoeken en daarom tot het model behoort is de BESCHIKBAARHEID VAN ONDERSTEUNENDE KONTAKTEN (par. 5.6.1 en 5.6.2). Binnen het kader van een kognitief model zijn we geneigd slechts te spreken over de psychologische, dus subjektieve bereikbaarheid. Dat er in de direkte omgeving geen hulp voorhanden is of dat van bepaalde personen geen hulp te verwachten is, kan immers berusten op een ongegronde interpretatie. Zou dit het geval zijn, dan kan deze interpretatie het aangrijpingspunt van interventie vormen. Het interpretatie-aspekt is echter maar een deel van het verhaal. Zoals we in par. 5.6.1 gezien hebben, bestaan er ook objectieve verschillen in de mate waarin sociale ondersteuning beschikbaar is en hebben deze verschillen konsekventies voor de verwerking van psychosociale problematiek en de kans op het ontstaan van psychosociale nood. Aangezien hulpverlenings-kontakten niet alleen tot stand komen op grond van een 'aktief zoeken' door de probleemdrager, maar ook door een ongevraagd aanbod uit de omgeving, hebben we de beschikbaarheidsfaktor in het model niet beperkt tot het subjektieve aspekt ervan.

Gezien het meer distale karakter van de DEMOGRAFIESE VARIABELEN is hun functie in ons model van een andere aard dan de hiervoor besproken sociaal-psychologische variabelen. Het doel van hun aanwezigheid in het model is driedig. Allereerst willen we op basis van deze variabelen risikogroepen identificeren en lokaliseren, maar ook bevolkingscategorieën die opvallen door een frekwent of juist minder frekwent gebruik van informele en professionele hulp. Hieruit kan vervolgens dan weer informatie worden afgeleid omtrent de aanwezigheid van sociale selectie in het hulpzoeken, respectievelijk in de hulpzoekrichting. Ten derde bieden deze demografische variabelen informatie over de sociaal-kulturele en materiële kontekst waarbinnen zich de psychosociale nood, respectievelijk het hulpzoekgedrag afspeelt. In overeenstemming met het HBM veronderstellen we dat zij een indirecte invloed op het gedrag hebben. We achten het echter niet uitgesloten dat deze variabelen een eigen verklarende waarde toevoegen aan die, welke reeds ontleend wordt aan de overige variabelen in het model. Zij zouden immers kunnen verwijzen naar de z.g. 'andere variabelen' (par. 5.3.4) die niet in dit model zijn opgenomen.

Voor het overige verwijzen we terug naar paragraaf 5.5 waarin reeds een aantal van de in dit hoofdstuk besproken theoretische aspecten werden samengevat.

We zijn er ons van bewust dat het hier gepresenteerde model nog tal van beperkingen kent en op een aantal aspecten verder zou moeten worden uitgewerkt. Zo hebben we ons in dit hoofdstuk vooral met de meer formeel-theoretische aspecten van het hulpzoekgedrag bezig gehouden. Het zou interessant zijn daarnaast een inventarisatie te geven van de SPECIFIEKE opvattingen die mensen hebben over de voor- en nadelen van het hulpzoeken in het algemeen, respectievelijk bij specifieke hulpverleners. Voorbeelden hiervan zijn te vinden in de houdingsschalen van Fischer en Turner (1970), Corstjens (1976) en Cassee (1973). Omdat alleen dit aspect reeds een zeer uitvoerige studie vereist, zullen we er hier niet verder op ingaan. We beperken ons in het navolgend onderzoek tot het evaluatieve houdingsaspect, dat wil zeggen de evaluatieve konklusie welke resulteert uit de verschillende opvattingen die bij het hulpzoekgedrag een rol spelen.

Hoewel in deze bespreking naast psychologische aspecten ook sociale factoren aan de orde zijn geweest, zou met name de interactie tussen sociaal-psychologische factoren en maatschappelijke invloeden verder moeten worden uitgewerkt. We denken hierbij onder meer aan kultuurgebonden normen met betrekking tot het al dan niet tonen van eigen zwakheden en problemen. Een dergelijke openheid staat veelal op gespannen voet met een sterk door prestatiemotivatie gedomineerde cultuur. Het hulpzoeken als een voor anderen zichtbaar teken van persoonlijk onvermogen, kan op grond hiervan een negatief zelfbeeld oproepen en angst voor een devaluatie van de waardering van anderen over jezelf. Dit kan er vervolgens weer toe leiden dat van hulpzoeken wordt afgezien.

Een ander aspect dat - zeker vanuit preventief oogpunt - uitwerking verdient, is de wijze waarop het aanleren van probleemoplossende vaardigheden in de opvoeding en het onderwijssysteem aandacht krijgt. Ook dit pleit ervoor, zoals we reeds eerder hebben gesteld, dat een theorie over hulpzoeken geïntegreerd wordt met recente theorieën over 'coping en stress'. Tenslotte zou ook de betekenis van kulturele veranderingen, met betrekking tot de functie van gezin en buurt, voor de beschikbaarheid van ondersteunings-systemen nader moeten worden uitgewerkt.

deel II het empiries onderzoek: psychosociale problemen en hulpzoeken in een dorpsgemeenschap

INLEIDING

In deel I zijn we in meer algemene zin gestart met een schets van een aantal praktijkvraagstukken, die thans in de AGGZ en in het bijzonder binnen de preventieve AGGZ een belangrijke rol spelen. We hebben uiteengezet welke rol informatie speelt bij het oplossen van praktijkproblemen. Daarbij zijn we met name ingegaan op de bijdrage die sociaal-epidemiologisch onderzoek kan leveren aan de kwaliteitsverbetering van de informatiehuishouding in de AGGZ en daarmee indirect aan de kwaliteitsverbetering van de preventieve en curatieve hulpverlening.

We hebben onze bespreking van de relatie tussen informatie, praktijk en onderzoek in de daarop volgende hoofdstukken toegespitst op het vraagstuk van de afstemming van het hulpaanbod van de AGGZ op de behoeften aan dergelijke zorg in de gemeenschap. Enerzijds hebben we het maatschappelijk belang van een dergelijke afstemming onderstreept, met name binnen het kader van de regionalisering, anderzijds hebben we op basis van de onderzoeksliteratuur duidelijke aanwijzingen gevonden dat de psychosociale hulpvraag die bij de intramurale GGZ, resp. de ambulante GGZ en de huisartspraktijk binnen komt, zeer waarschijnlijk slechts een top van de psychosociale ijsberg vormt. Bovendien zijn op de totstandkoming van deze hulpvraag sociale selectie-mechanismen van invloed waardoor bepaalde bevolkingscategorieën bij hun psychosociale nood feitelijk minder professionele hulp ontvangen dan andere bevolkingscategorieën. Om te achterhalen wat de mogelijke oorzaken van dit ijsbergfenomeen zijn, hebben we in hoofdstuk 5 op grond van de literatuur over ziekte- en hulpzoekgedrag een aantal theoretische verklaringen de revue laten passeren.

Zowel om het kuratieve hulpaanbod beter af te stemmen op de maatschappelijke behoeften, als om te ontdekken wat de mogelijkheden zijn aan preventieve zorg en waar deze zich in de bevolking concentreren, is het belangrijk dat de AGGZ zich meer inzicht verschafft: (a) omtrent het voorkomen en ontstaan van psychosociale problemen (nood) en nood IN DE BEVOLKING, en (b) met name ook in de wijze waarop mensen met die problemen omgaan in hun eigen sociale omgeving, resp. hiervoor hulp zoeken bij eerstelijnsverleners.

Aangezien de AGGZ zich nog weinig systematies met dit afstemmingsvraagstuk heeft bezig gehouden, mist zij hiertoe zowel het noodzakelijke begrippenkader alsook de hiervoor noodzakelijke signaleringsmethoden. Aan beide aspecten hebben we in het voorgaande deel ruime aandacht besteed.

Het tweede, hiernavolgende deel vormt een verslag van een sociaal-epidemiologisch onderzoek in een kleine plattelandsgemeenschap binnen een plattelandsregio van de AGGZ. Het onderzoek had ten doel inzicht te krijgen in het voorkomen en de spreiding van de psychosociale problemen resp. psychosociale nood in de bevolking, in de mate waarin hiervoor hulpgezocht wordt, in de aard van de gebruikte hulpbronnen, alsook in de factoren die dit hulpzoekproces bepalen. Via dit onderzoek willen we allereerst een informatieve ondersteuning bieden aan de regionale AGGZ en de lokale hulpverleners; daarnaast wilden we eveneens ten behoeve van de AGGZ ervaring opdoen met de praktische, theoretische en methodologische aspecten van een dergelijk signaleringsonderzoek.

6.1 GESCHIEDENIS VAN PROJEKT EN PROBLEEMSTELLING

De historie van dit projekt gaat terug tot het eind van de jaren zestig. In 1968 werd door de toenmalige Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) besloten een onderzoek in te stellen naar de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg in de regio Noord-Oost Brabant. In die tijd werden reeds de eerste stappen gezet op weg naar een regionale integratie van de AGGZ en het versterken van de samenwerking met de eerste lijn. Ten aanzien van deze RIAGG-vorming wilde de NFGV een actieve rol vervullen via ondersteunend onderzoek, publikaties en de begeleiding van 'proefpolders' zoals de regio Noord-Oost Brabant. In een wat later stadium werd daarbij konkreet gedacht aan het opzetten van z.g. 'stuurkundige seminars' voor werkers en managers in de AGGZ.

Het onderzoek in de periode 1969-1973. De motivatie voor het onderzoek lag in de veronderstelling van de NFGV, dat er ernstige manco's bestonden in de relatie tussen bevolking en AGGZ-instellingen. Vanuit de wens hierin verandering te brengen lag bij de oorspronkelijke opzet de nadruk op een behoefte-peiling onder het publiek. Vanwege toenmalige onderzoekstechnische en financiële problemen werd afgezien van een bevolkingsonderzoek en gebruik gemaakt van indirecte informatiebronnen, namelijk de contactfiguren tussen publiek en AGGZ: de eerstelijns werkers.

Uit een vooronderzoek werd duidelijk dat hun oordeel over de behoeften van het publiek sterk afhankelijk is van de eigen houding ten aanzien van mensen met psychosociale problematiek en de eigen relatie met AGGZ-instellingen. Manco's in de relatie tussen publiek en AGGZ zouden enerzijds kunnen liggen in de onvoldoende mate waarin de eerste lijn

fungeert als eerste opvang en signaleringsbron voor psychosociale problematiek. Anderzijds kan het zijn dat eerstelijnswerkers wel contact hebben met deze problematiek, maar deze onvoldoende doorverwijzen naar de AGGZ. Daarom werd als uiteindelijke vraag gekozen: Hoe functioneren eerstelijnswerkers in het hulpverleningsproces inzake de geestelijke gezondheid? De 'eerste lijn' werd hier in ruime zin opgevat: huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, pastores en schoolhoofden (n=327). Binnen deze vraagstelling werden zij hoofdzakelijk beschouwd als 'POTENTIELE VERWIJZERS', met andere woorden als degenen die een sleutelpositie innemen bij de toegangspoort tot de GGZ.

De onderzoeksresultaten. Het veldonderzoek is in 1970 uitgevoerd en in 1973 gerapporteerd onder de titel 'Aan het front van het psychisch gezondheidswerk' (Hosman en Swarte, 1973a, 1973b). We vatten een aantal konklusies samen voorzover deze relevant zijn voor het hierna beschreven onderzoek. Vooraf moet gesteld worden dat deze resultaten betrekking hebben op de situatie van 1970 en dat er sindsdien in het AGGZ-veld alsook in de eerste lijn nogal wat veranderd is.

De mate waarin eerstelijnswerkers - naar hun eigen zeggen - in contact komen met psychosociale problemen bleek vooral bepaald te worden door de aard van het beroep. Huisartsen en maatschappelijk werkers hebben de meeste kontakten, wijkverpleegkundigen nemen een middenpositie in, terwijl pastores en schoolhoofden de minste kontakten hebben. De beide laatste groepen hadden ook negatievere houdingen ten aanzien van mensen met psychosociale problemen en ten aanzien van psychologische verklaringen van gedrag. Zij hadden bovendien een negatiever oordeel over hun eigen hulpverleningsmogelijkheden en waren minder bereid om zelf psychosociale hulp te verlenen. Vooral de oudere pastores in agrarische gebieden en met een kleine werkkring hadden weinig contact met psychosociale problematiek in de bevolking.

Een belangrijk resultaat uit het onderzoek betrof voorts DE CENTRALE POSITIE VAN DE HUISARTS IN DE PROFESSIONELE HULPVERLENING OP PSYCHOSOCIAAL TERREIN (Hirs & Hosman, 1975). Niet alleen bleek hij/zij van de vijf onderzochte beroepsgroepen verreweg het meest in contact te komen met psychosociale problematiek, maar verleent daarbij ook het vaakst zelf hulp. In de andere beroepsgroepen werd deze problematiek meestal doorverwezen, en wel veelvuldig naar de huisarts. Dit versterkt diens centrale positie. Door het grote aantal kontakten met psychosociale problematiek blijft de huisarts, overigens samen met het maatschappelijk werk, de belangrijkste verwijzer naar de geestelijke gezondheidszorg in de tweede lijn. Hij/zij vervult binnen de eerste lijn kennelijk een brugfunctie. In 1970 werd door de huisarts vooral naar poliklinieken en zelfstandige specialisten (neurologen, psychiaters) doorverwezen en in veel mindere mate naar AGGZ-buro's. Uit gesprekken met de AGGZ-werkers en uit de registratiegegevens hebben we de indruk gekregen dat de huisartsen de laatste jaren door hun grotere bekendheid met AGGZ-buro's relatief meer van de AGGZ gebruik maken dan in 1970. In het onderzoek bleek de bekendheid met AGGZ-buro's de belangrijkste predicerende faktor te zijn voor het verwijsgedrag. Verder werd vanuit de grotere gemeenten relatief vaker naar de AGGZ verwezen dan vanuit de kleinere plattelandsgemeenten. Huisartsen in de kleinere plattelandsgemeenten kozen relatief vaker voor 'zelf behandelen', waar-

door juist in deze gemeenten de huisarts in zijn rol als psychosociale hulpverlener extra accent krijgt.

Ook de ernst van de problematiek blijkt een belangrijke reden te zijn om al dan niet te verwijzen. Gekonfronteerd met gevalsbeschrijvingen die door psychiaters als 'neuroties' worden beoordeeld, werd veel vaker gekozen voor zelfbehandeling, dan bij gevalsbeschrijvingen welke als 'psychoties' waren aangemerkt. Dit verschil was vooral opvallend bij de huisarts.

Met het oog op de behoefte-lokalisatie in de bevolking is aan deze eerstelijns-werkers en sleutelfiguren gevraagd in welke sociale groeperingen de meeste psychosociale problematiek voorkomt. Een specificatie werd gevraagd naar sexe, sociale laag en leeftijd. Ten aanzien van sexe en sociale laag was 40% van mening dat er geen verschillen bestaan. Onder degenen die wel specifieke probleemgroepen onderkennen, lokaliseert het overgrote deel deze problematiek bij vrouwen en in de lagere sociale klassen. Daarnaast was vrijwel iedereen het er over eens dat er verschillen zijn tussen leeftijdsgroepen. Als probleemgroep werd het vaakst de leeftijdsgroep van 30 tot 50 jaar genoemd. Jeugdigen en 60-plussers werden daarentegen weinig als probleemgroep aangemerkt.

De terugkoppeling van de resultaten naar de praktijk. De relatie tussen de onderzoekers en de praktijk was gedurende de uitvoeringsfase van het onderzoek en ook lange tijd daarna uiterst minimaal. We gaan daar wat dieper op in, omdat deze ervaringen voor ons leerzaam waren en we hiermee bij de opzet van het huidige onderzoek rekening hebben willen houden.

Het oorspronkelijk perspectief dat de NFGV een intermediair zou vormen tussen onderzoekers en het praktijkveld bleek ondanks enkele pogingen daartoe op niets uit te lopen. Achteraf bezien had de NFGV en later het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (NCGV) - in zijn beginperiode - daartoe noch de deskundigheid en ervaring, noch de capaciteit en noch het daarvoor noodzakelijke vertrouwen van de regio's. Debet daaraan zijn ongetwijfeld ook de vele personele en organisatorische strubbelingen geweest die ontstonden toen de NFGV in 1972 opging in het NCGV en in dat jaar tevens de NVAGG werd opgestart, voor een deel op basis van het beschikbare apparaat van het NCGV.

Ook de keuze voor de klassieke survey-stijl heeft tot de afstand tussen onderzoekers en het praktijkveld bijgedragen. De opzet van het onderzoek, de uitvoering, de analyse en de interpretatie van de resultaten hebben grotendeels plaats gevonden zonder een begeleidend overleg met vertegenwoordigers uit de regio. De NFGV vormde als opdrachtgever daarentegen wel een regelmatige gesprekspartner. Het project kreeg daardoor het karakter van "een onderzoek uitlopend op een aantal publikaties en daarna zien we wel verder". Toen tijdens het onderzoek de belangrijkste uitvoerend onderzoekster het onderzoeksteam verliet, gingen daarmee ook de oorspronkelijke contacten met het praktijkveld verloren.

Op initiatief van de onderzoekers is deze contacten in 1975 nieuw leven ingeblazen. We wilden nagaan welke praktische consequenties het onderzoeksrapport zou kunnen hebben voor het beleid van de AGGZ in de betrokken regio. In april van dat jaar vond er een overleg plaats tussen het NCGV, vertegenwoordigers uit de regio en de onderzoekers.

Het bleef bij een eenmalige uitwisseling en leidde niet tot een continuering van het overleg over de beleidskonsequenties. We hadden niet het gevoel dat er met het rapport veel gedaan werd op regionaal nivo. Achteraf bleek een belangrijke reden hiervoor te liggen in het spanningsveld tussen enerzijds de behoefte van de regio aan onafhankelijkheid op beleidsnivo en anderzijds de behoefte van het toenmalige NCGV om mede via dit onderzoek de herorganisatie van de AGGZ mee te sturen. Bovendien bleek de NFGV/NCGV weinig op de hoogte met de ontwikkelingen die zich inmiddels in de betreffende regio hadden voorgedaan. Als onderzoekers waren wij ons aanvankelijk onvoldoende bewust van deze politieke spanningen en van de rol die het onderzoek daarin speelde.

Om de impasse te doorbreken hebben we het gesprek onafhankelijk van het NCGV - overigens wel met hun goedvinden - voortgezet met een deelvestiging van de regionale stichting, het AGGZ-buro te Boxmeer. Dit was geïnteresseerd in verder overleg. In deze gesprekken is alsnog ingegaan op de mogelijke beleidskonsequenties alsook op de bezwaren tegen het onderzoek. Voorzover er uiteindelijk van beleidskonsequenties sprake is geweest moeten die vooral gezocht worden in een grotere aandacht voor wat zich met klanten afspeelt, voordat zij uiteindelijk bij de AGGZ aankloppen voor hulp. Tevens versterkte het onderzoek een reeds bestaand aandachtsveld, nl. de verbetering van de kwaliteit van het verwijzen en hulpverlening door de huisarts.

Als bezwaar tegen het onderzoek werd vooral naar voren gebracht dat er tussen 1970 en 1975 naar hun indruk nogal wat veranderd was in hun praktijkveld. Het onderzoek zou niet geheel representatief meer zijn voor de 'huidige' situatie. Verder vond men de duur van het onderzoek veel te lang, men vond het jammer dat er geen tussentijds contact geweest was tijdens de analysefase, dit heeft mede de afstandelijke stijl van het onderzoeksrapport in de hand gewerkt. Het was dan ook niet verwonderlijk dat de praktijkwerkers zich weinig betrokken voelden bij het onderzoek en niet al te sterk gemotiveerd waren met de resultaten in hun praktijk iets te doen.

Op weg naar een nieuwe vraagstelling. De inhoud van de gesprekken verschoof geleidelijk aan van het bespreken van specifieke onderzoeksresultaten naar een meer algemene discussie over de mogelijke betekenis van onderzoek voor de praktijkvoering van de AGGZ.

Hieruit kwamen een tweetal onderzoeksbehoeften naar voren. Allereerst was er een behoefte aan evaluatie-onderzoek over de hulpverleningsactiviteiten van het team. Daarnaast wilde men meer inzicht krijgen in de processen die zich afspelen, voordat mensen met hun problemen uiteindelijk bij de AGGZ terecht komen. Zowel op grond van een prioriteitsanalyse in het team alsook vanwege de aard van de deskundigheid bij de onderzoekers, is voor het starten van een nieuw onderzoeksproject de voorkeur gegeven aan het tweede thema.

Gezien de aard van dit thema concentreerden de gesprekken zich al snel rond de ondersteuning van het preventiebeleid van de instelling. In 1975 en 1976 verschenen hierover van de hand van de preventiewerker van het team, T. van den Berg, een tweetal nota's. Meer informatie hierover is te vinden in een tweetal boeken die hij geschreven heeft over zijn ervaringen in het preventieve werk (van den Berg, 1977, 1979). Typerend voor de basisfilosofie van het team, zoals uit deze publikaties blijkt, is de nauwe integratie tussen preventief en kuratief werk. Een preventieve zorg van het gehele AGGZ-

team was dan ook haar hulp zo goed mogelijk te laten aansluiten op de behoeften in de regio.

Opnieuw bleken de oorspronkelijke vraagstellingen uit 1968 naar boven te komen, zoals: Wat is de aard en de omvang van de psychosociale nood in de bevolking? In welke groeperingen doet zich de meeste nood voor? Bij wie wordt er hulp gezocht? Zijn er mensen met ernstige problemen die in het geheel geen hulp ontvangen? Wat is de behoefte aan hulp door de AGGZ? Welke factoren zijn op dit hulpzoekproces van invloed? In paragraaf 6.2 hebben we deze vraagstellingen uitvoeriger omschreven.

Gedurende een tiental besprekingen tussen onderzoekers en AGGZ-werkers in 1976 zijn deze vragen, de onderzoeksstrategie, de operationalisatie, het verwerkingsproces en de terugrapportage nader uitgewerkt. Parallel hieraan werd in de vakgroep Klinische Psychologie K.U. Nijmegen een onderwijsproject gestart rond hetzelfde thema. De studenten hebben in dit project methodiese en theoretiese aspecten van het onderzoek verder uitgewerkt.

Zowel de onderzoekers als de praktijkwerkers realiseerden zich dat het overleg zich steeds duidelijker ontwikkelde in de richting van een survey-onderzoek. Gezien de problemen rond het vorige onderzoek was dit een wat opmerkelijke ontwikkeling. In de gesprekken is dan ook uitvoerig ingegaan op vragen als: Wat is het verschil met het vorige onderzoek? Hoe kunnen we de nadelen daarvan voorkomen zodat we een duidelijker rendement voor de praktijk kunnen verwachten?

De uitgangsfilosofie. De bezinning op deze vragen leidde tot de formulering van een gemeenschappelijke 'uitgangsfilosofie'. Hierin zijn twee aspecten te onderscheiden: (a) het praktijkdoel van het onderzoek tegen de achtergrond van de werk-ideologie van het team, en (b) de visie op de relatie tussen onderzoek en praktijk.

Het onderzoek uit 1970 was gebaseerd op een 'verwijsmodel', zoals we hiervoor hebben toegelicht. Deze keuze is begrijpelijk aangezien de AGGZ in die tijd nog weinig bekend was en een aantal vestigingen zich nog in een opbouwfase bevonden. De gang van de potentiële cliënt via de eerste lijn naar de AGGZ moest nog grotendeels op gang worden gebracht. Het huidige onderzoek daarentegen is juist niet gericht op het uitbreiden van de klantenstroom naar de AGGZ. De kuratieve capaciteit werd reeds geheel benut en perspectief op een kwantitatieve uitbreiding van het hulpaanbod was er nauwelijks. Wel zou het onderzoek kunnen bijdragen tot kwaliteitsverbetering van het verwijsproces, daar waar verwijzen onvermijdelijk is. Aangezien er waarschijnlijk sprake zou zijn van een 'top van de ijsberg'-fenomeen (hoofdstuk 3), werd voor de oplossing daarvan vooral gedacht aan een versterking van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn en aan de vergroting van het probleemoplossend vermogen binnen de bevolking zelf. Met dit laatste wordt bedoeld de capaciteiten van individuen, leefverbanden, groepen, buurten en organisaties (b.v. scholen) om zelf ernstige psychosociale probleemsituaties te voorkomen of op te lossen.

Om een dergelijk preventief doel bij de bevolking te bereiken koos het team voor een indirecte strategie. De AGGZ-Boxmeer ziet zichzelf als tweedelijnsorganisatie niet als een natuurlijk bestanddeel van het direct-toegankelijke hulpverleningscircuit

binnen de lokale gemeenschappen in de regio. Het team vindt dan ook dat het niet haar taak is om rechtstreeks met allerlei bevolkingsgroepen, i.c. risikogroepen, te werken zoals dit in een aantal andere regio's wel het geval is. De taak om op lokaal nivo gezondheid en welzijn te bevorderen of te herstellen berust bij de plaatselijke sleutelfiguren en eerstelijnswerkers. Het zou hun positie uithollen en verzwakkend werken op het probleemoplossend vermogen van de gemeenschap, wanneer de AGGZ alle psychosociale problematiek naar zich toe zou trekken. We hebben deze opvatting al eerder aangeduid met de term 'retroprofessionalisering' (Van den Berg, 1980).

Om deze indirecte benadering adequaat te kunnen invullen achtte men het wel belangrijk inzicht te hebben in de psychosociale nood, het probleemoplossend gedrag en met name het hulpzoekgedrag, zoals dit onder de bevolking voorkomt. Het onderzoek zou ondersteunend kunnen zijn bij de selectie van intermediaire doelgroepen, de vaststelling van de inhoud van de ondersteuning aan de eerste lijn en kunnen helpen bij een kritische analyse van hun functioneren ten opzichte van de bevolking in preventieve en curatieve zin.

Om te voorkomen dat er zich opnieuw een grote afstand tussen praktijk en onderzoek zou ontwikkelen, werden er tussen de onderzoekers en het AGGZ-team een aantal afspraken gemaakt. Enkele voorbeelden hiervan:

- In de onderzoeksvraagstellingen moeten zowel beleidsvragen uit de praktijk, alsook daarmee verband houdende theoretische aspecten naar voren komen.
- Voorzover hun beperkte tijd dit toelaat, zullen ook enkele AGGZ-werkers aan de uitvoering van het onderzoek participeren (o.a. interviews).
- In een vroeg stadium van het onderzoek zal de AGGZ ook eerstelijnswerkers en sleutelfiguren bij het onderzoek betrekken.
- De periode tussen het verzamelen van de gegevens en de terugrapportage zal zo kort mogelijk gehouden worden. Uiterlijk acht weken na het beëindigen van de dataverzameling is de eerste terugrapportage.
- Om deze afspraken te realiseren vindt er tijdens de voorbereiding, uitvoering en de analysefase van het onderzoek een geregeld overleg plaats tussen onderzoekers en AGGZ-werkers.

In hoofdstuk 10 zullen we beschrijven wat er van deze actie-oriëntatie uiteindelijk terecht gekomen is.

Doelstellingen van de onderzoekers. Naast het wetenschappelijk ondersteunen van de regionale praktijk speelden bij de onderzoekers ook nog twee andere motivaties mee. De onderzoekers waren geïnteresseerd in het ontwikkelen van een theorie over het verloop van het proces van probleemoplossen en hulpzoeken. De ontwikkeling hiervan zou een theoretische basis kunnen vormen vanwaaruit strategieën voor primaire en sekundaire preventie kunnen worden afgeleid. Voor de onderzoekers bood het project een concrete mogelijkheid om aan deze doelstelling te werken. Daarmee lag voor hen de relevantie van het onderzoek niet uitsluitend binnen de regio. Ook de eis vanuit de universiteit dat het project een dissertatie diende op te leveren, is een buiten de regio gelegen doelstelling. Deze doelstelling heeft zowel de vorm van het onderzoek als het feitelijk

verloop ervan in sterke mate bepaald.

Ten tweede wilden we via dit project een bijdrage leveren aan de methodiek-ontwikkeling op het terrein van de signalering ten behoeve van de AGGZ.

6.2 ONDERZOEKSVRAGEN

Het voornoemde overleg met het praktijkveld en de bestudering van de theoretische en empirische literatuur leidden tot de volgende specificatie van onderzoeksvragen:

A. het voorkomen van psychosociale problemen en het opsporen van risikogroepen

1. Wat is de prevalentie van psychosociale problematiek, resp. psychosociale nood in de bevolking? Wat is de aard van deze psychosociale problematiek? Welke onderlinge samenhang vertonen de diverse soorten problematiek, resp. de verschillende uitingswijzen van de onderliggende problematiek?
2. Zijn er in de bevolking, op basis van relaties tussen demografische variabelen en indicatoren voor de aanwezigheid en ernst van de psychosociale problematiek, risikogroepen aanwijsbaar?
3. Welke relatie bestaat er tussen de beschikbaarheid van een sociaal netwerk, resp. de toegankelijkheid van informele hulp én de aanwezigheid en ernst van de psychosociale problematiek, in het bijzonder de aanwezigheid van psychosomatische en psychoneurotische symptomen?

B. hulpzoeken bij psychosociale problemen

4. Bestaan er binnen de onderzoekspopulatie individuele verschillen in de mate waarin men in het algemeen bij het ervaren van psychosociale problemen gebruik maakt van de hulp van anderen of daar althans toe geneigd is?
5. In welke mate maakt men gebruik van de verschillende hulpverleningsmogelijkheden in het eigen leefmilieu, en van de verschillende professionele hulpverleners in de eerste en tweede lijn?
6. Welke onderlinge relatie vertoont het gebruik van de verschillende hulpverleningsmogelijkheden? In het bijzonder, welke relatie bestaat er tussen het gebruik van informele en professionele hulp?
7. Zijn er in het proces van hulpzoeken bepaalde typerende volgorden te onderscheiden ('routes') waarin men van de verschillende informele en professionele hulpverleningsmogelijkheden gebruik maakt?
8. Bestaat er een samenhang tussen de mate waarin mensen gebruik maken van informele hulpverleningsmogelijkheden en de mate waarin zij zelf voor hun omgeving als informele hulpverlener fungeren?

C. de prediktie van hulpzoekgedragingen in het ijsberg-fenomeen

9. Is er sprake van een 'top van de ijsberg-fenomeen' ? Met andere woorden: Wat is de samenhang tussen de aanwezigheid, aard en ernst van psychosociale problemen en de mate waarin gebruik gemaakt wordt van professionele hulp ?
10. In hoeverre is er in het algemeen bij de keuze tussen hulpzoeken en niet-hulpzoeken voor psychosociale problemen, respectievelijk bij de keuze voor een specifieke hulpverlener sprake van sociale selectie ? Nader gespecificeerd Wat is - onafhankelijk van de aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek - de relatie tussen
 - a. demografiese variabelen enerzijds en hulpzoekgedragingen, (incl. gewoonten), houdingen en subjectieve sociale normen ten aanzien van de diverse hulpzoekgedragingen en de beschikbaarheid van ondersteunende kontakten anderzijds ?
 - b. houdingen, subjectieve sociale normen en gewoonten ten aanzien van de diverse hulpzoekgedragingen, alsmede de beschikbaarheid van ondersteunende relaties enerzijds en momentane of toekomstige hulpzoekgedragingen anderzijds ?
11. Wat is de gezamenlijke prediktieve waarde van de aanwezigheid, aard en ernst van psychosociale problemen, houdingen, gewoonten, en de subjectieve sociale normen ten aanzien van de diverse hulpzoekgedragingen, de beschikbaarheid van ondersteunende kontakten en de demografiese variabelen ten opzichte van het gebruik van professionele hulp ?

Zoals we later nog zullen toelichten heeft de bestudering van het gebruik van professionele hulp zich met name gekoncentreerd op het hulpzoeken bij de huisarts. Vandaar de volgende onderzoeksvragen:

D. het hulpzoekgedrag in de huisartspraktijk

12. Welk aandeel vormen de psychosociale klachten in het totaal aan geregistreerde klachten in de huisartspraktijk ?
Welk deel van deze psychosociale klachten wordt gepresenteerd in de vorm van een rechtstreekse psychosociale hulpvraag en welk deel in de vorm van psychosomatische klachten ?
13. Afgaande op de hulpzoekpercentages per hulpverlener/instantie en afgaande op de volgorde waarin van de diverse mogelijkheden gebruik gemaakt wordt, - welke plaats neemt de huisarts als psychosociale hulpverlener in binnen het totale circuit aan informele en professionele hulpverleners ?
14. Is er bij het zoeken van psychosociale hulp bij de huisarts een 'top van de ijsberg'-fenomeen aanwezig, en in hoeverre weerspiegelt dit hulpzoekgedrag een proces van sociale selectie (toepassing van vraag 9, 10 en 11 op het hulpzoeken bij de huisarts)
15. Is er een relatie tussen de presentatie van strikt somatische klachten aan de huisarts en de presentatie van psychosociale klachten ?

6.3 BESCHRIJVING VAN DE AGGZ EN HAAR VERZORGINGSGEBIED

Ten einde de kontekst, waarin naar een antwoord op deze vragen wordt gezocht, te konkretiseren en met het oog op de keuze van een onderzoeksstrategie, geven we hier nadere informatie over de AGGZ in de regio Noord-Oost Brabant en haar verzorgingsgebied.

6.3.1 De AGGZ in de regio Noord-Oost Brabant

De huidige stichting voor de AGGZ in Noord-Oost Brabant komt voort uit de activiteiten die de kruisverenigingen reeds langere tijd verrichten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Deze activiteiten bestonden vooral uit het opzetten en in stand houden van een aantal MOB's. In 1969 heeft de ambulante geestelijke gezondheidszorg zich verzelfstandigd in een onafhankelijke regionale stichting.

Het totale verzorgingsgebied omvat 27 gemeenten en telde in 1970 ongeveer 242.000 inwoners en in 1981 ongeveer 272.000. In de regionale stichting zijn een drietal werksoorten vertegenwoordigd, nl. de MOB-, SPD-, en LGV-functie. De 'Algemene Dienst' is gevestigd in de grootste gemeente (Oss) en vervult een centrale rol op het terrein van bestuur, management, coördinatie van het beleid, financiën, administratie en andere vormen van interne dienstverlening.

Gezien de uitgestrektheid van het gebied is de uitvoering van kuratieve en preventieve hulpverlening volledig gedecentraliseerd over drie subregio's. Iedere subregio heeft een eigen vestiging met een zelfstandig team, dat alle drie de functies vervult.

Ons onderzoek beperkt zich tot één van deze subregio's, nl. HET LAND VAN CUYK (LVC). Het bureau van de Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg is hier gevestigd in Boxmeer. Van het begin af aan waren hier de LGV- en de MOB-functie sterk geïntegreerd (LMOB). De SPD heeft tot het midden van de 70-er jaren gescheiden van het MOB gefunctioneerd. Sinds die tijd is echter ook de uitvoering van de SPD-functie met de beide andere geïntegreerd. Dit houdt onder meer in dat de intake- en voortgangsbesprekingen in een gemeenschappelijk stafoverleg plaats vinden. In het begin telde het bureau slechts enkele medewerkers. Het personeelsbestand groeide geleidelijk uit tot ruim 11 full-time plaatsen per eind 1975. Sindsdien is dit aantal vrijwel konstant gebleven. De staf bestaat uit drie sociaal-psychiatries verpleegkundigen, twee psychologen, vier gespecialiseerde maatschappelijk werkers, een andragoog (preventiewerker), een sociaal-kultureel werkster, een arts en een kinderarts. Daarnaast beschikte het team ook nog over een grote groep vrijwilligers.

In 1976, het jaar vóór ons onderzoek, heeft het bureau met 579 KLIENTSYSTEMEN contact gehad. Dit aantal omvat zowel de nieuwe aanmeldingen als de lopende contacten uit het voorafgaande jaar. 6% Van dit bestand was van buiten het LVC afkomstig. Uit de registratiegegevens van de afgelopen jaren bleek dat deze cliëntsystemen gemiddeld 2 personen omvatten, waarmee de AGGZ direct contact heeft gehad. Dit betekent dat de AGGZ-

Boxmeer in 1976 op iedere 1000 inwoners van het LvC met 7 à 8 cliëntsystemen, dus 15 personen contact had. Dit getal is ook in de latere jaren vrij konstant gebleven.

Uitgaande van de gegevens over 1976 bereikte 75% van de cliënten het bureau VIA VERWIJZING, waarbij de huisarts de belangrijkste verwijzer bleek te zijn (35%), op de tweede plaats gevolgd door de groep 'andere medische instanties' (11%). De school nam als rechtstreekse verwijzer slechts een zeer bescheiden plaats in. Na 1976 gaat de huisarts een nog belangrijkere rol spelen als verwijzer. In 1979 zijn de helft van alle aanmeldingen afkomstig van de huisarts. Het absoluut aantal verwijzingen door de huisarts is dan sinds 1970 verdrievoudigd. De positie van de school als verwijzer blijft door de jaren heen konstant. Hetzelfde geldt voor het gedeelte dat zich op eigen initiatief of via vrienden of familie aanmeldt. Vergelijken we dit verwijzingspatroon, voor 1976, met de registratiegegevens van andere subregio's, dan blijkt dit patroon niet specifiek te zijn voor het LvC, maar representatief voor de gehele regio.

6.3.2 De subregio

Het Land van Cuyk (LvC) is een gebied van ongeveer 20 bij 20 km, gesitueerd in het meest Noord-Oostelijke deel van Brabant. Tot het LvC behoren de volgende tien gemeenten: Beers, Boxmeer, Cuyk, Grave, Haps, Mill, Oeffelt, Oploo, Vierlingsbeek en Wanrooy. Zij vormen een streekgewest, d.w.z. de gemeenten kennen een nauwe onderlinge samenwerking op sociaal-ekonomies en kultureel gebied, op basis van een gemeenschappelijk streekplan.

Het aantal inwoners. Uitgaande van de situatie per 1-1-76 tellen deze gemeenten tezamen ruim 73.000 inwoners ofwel ongeveer 18.000 gezinnen of andere vormen van samenleven. Het LvC is een typische plattelandsubregio, d.w.z. een dunbevolkt, hoofdzakelijk agrarisch gebied, waarin verspreid een dertigtal kleine dorpjes liggen. Meerdere kleine dorpjes vormen dan tezamen een gemeente. Het inwoner-aantal van deze dorpjes varieert van 500 tot 6000. Uitzonderingen hierop zijn de gemeenten Cuyk, Boxmeer en Grave die respectievelijk 15.500, 12.500 en 9.500 inwoners tellen. Zij worden gerekend tot de categorie 'kleine steden'. Hierin woont dus 40% van de bevolking van het LvC, terwijl de andere 60% in dorpsgemeenschappen woont.

De ekonomiese situatie. Met name in Cuyk en Boxmeer zijn de grotere bedrijven gevestigd. Hierheen koncentreert zich dan ook de pendel binnen het LvC. De agrarische sektor wordt gekenmerkt door een groot aantal kleine bedrijven met weinig personeel. Veel werk wordt verricht door de eigen gezinsleden. Er wordt meer aan veeteelt gedaan dan aan landbouw. Het boerenbedrijf is gebonden aan de enkele grote bedrijven in de vlees- en melksektor, waarvoor zij in belangrijke mate de grondstoffen levert. In 1975 waren er in het LvC 1891 agrarische bedrijven; in 1970 was dit aantal nog 2170, een teruggang dus van 13%. Het aantal melkvee-bedrijven nam in deze periode zelfs met 29% af. Tegenover deze afname staat een toename van de bedrijfsgrootte. Met de afname van het aantal

bedrijven en de mechanisering van het werk is ook het aantal arbeidsplaatsen in deze sektor teruggelopen. Velen hebben in deze periode ander werk moeten zoeken. Bedrijfsbeëindigingen, de overgang naar een andere werksector, de intensivering van het werk in de resterende bedrijven en de hoge kosten hebben - zo bleek uit gesprekken met de N.C.B.¹⁾ - tot veel ziektegevallen en overspannenheid aanleiding gegeven. Anderzijds is de afstand tot de professionele hulpverleners juist voor deze bevolkingscategorie erg groot.

Enkele landelijke vergelijkingen. Vergelijken we de bevolkingsopbouw van het LVC met landelijke cijfers dan vallen de volgende vier verschillen op. Allereerst is de bevolking van het LVC in de periode 1970-1975 2,5 maal zo snel toegenomen als de landelijke bevolking (respektievelijk 11,6 en 4,6%). Dit is vrijwel uitsluitend toe te schrijven aan de snelle groei van de grotere gemeenten. De plattelandsgemeenten volgen het landelijke groeigemiddelde. De binnenlandse migratie in het LVC is ruim tweemaal zo hoog als landelijk. In de grotere gemeenten zijn betrekkelijk veel 'nieuwkomers' van buiten het LVC te vinden. Ten tweede valt op dat de bevolking in deze streek gemiddeld jonger is in vergelijking met de landelijke cijfers. Er zijn relatief meer jeugdigen en minder 55-plussers. Dit verschil blijft gehandhaafd, hoewel iets minder pregnant, wanneer we de streekpercentages vergelijken met de landelijke percentages voor plattelandsgemeenten. Ook het aantal geboorten ligt hoger dan landelijk het geval is. Ten derde ligt het percentage weduwen/-naren en gescheiden personen lager dan de landelijke percentages en de percentages voor plattelandsgemeenten. Het lage echtscheidingspercentage kan onder meer verklaard worden uit het grote aantal kleine boerenbedrijven. Echtscheiding brengt hier te grote financiële kosten met zich mee. Vaak werken man en vrouw beiden in het bedrijf. Scheiding kan dan betekenen dat men een dure extra kracht zou moeten nemen. Ook het uitkopen van de partner is een vrijwel onbetaalbare aangelegenheid. Men is dus financieel sterk van elkaar afhankelijk. Daarnaast hebben we de indruk dat in het normatieve klimaat van het platteland echtscheiding veel minder geaksepteerd is dan b.v. in de grote steden. Tenslotte wordt de politieke voorkeur - met name in de kleinere gemeenten - gekenmerkt door een sterke CDA-aanhang. Het is vanoudsher een sterk katholieke streek, vooral op het platteland.

6.4 ONDERZOEKSSTRATEGIE

6.4.1 Keuze van onderzoeksmethoden en informatiebronnen

We hebben in hoofdstuk 2 een overzicht gegeven van een aantal onderzoeksmethoden welke bruikbaar zijn bij het inventariseren en analyseren van regionale of lokale behoeften

¹⁾ Noordbrabantse Christelijke Boerenbond.

op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. We hebben bovendien uiteengezet dat het voor een adequate behoefte-analyse wenselijk is daarbij meerdere beoordelingsperspektieven en signaleringsmethoden te gebruiken.

De keuze die we in onze eigen studie hebben gedaan voor het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden komt niet alleen voort uit onze algemene opvattingen over een 'integrale behoefte-analyse', maar ook en vooral uit de specifieke vraagstelling van ons onderzoek. De bestudering van het 'top van de ijsberg'-fenomeen vereist immers zowel indicatoren voor de psychosociale ijsberg, als voor de 'top', dus de feitelijke hulpvraag bij professionele instanties.

De twee belangrijkste onderdelen van onze onderzoeksstrategie zijn een BEVOLKINGS-ONDERZOEK en een REGISTRATIE-ONDERZOEK bij professionele hulpverleners. Daarnaast is op beperkte schaal gebruik gemaakt van interviews met eerstelijns werkers en sleutelfiguren, de bestudering van ambtelijke sociaal-demografische gegevens en rechtstreekse observaties van het sociaal-kulturele klimaat binnen het onderzoeksgebied.

Het bevolkingsonderzoek. De aard van ons theoretisch model maakte het noodzakelijk dat we een groot deel van de informatie omtrent aanwezige problemen, hulpbehoeften en hulpzoekgedragingen rechtstreeks van de (potentiële) hulpvrager zouden betrekken. Gezien het procesmatige en cyclische karakter dat we in het hulpzoekproces aanwezig achten en gezien de wenselijkheid om uitspraken te kunnen doen over de kausale betekenis van de theoretische factoren in ons model, zou een longitudinaal onderzoek, b.v. een panelstudie, ideaal zijn. Dit stuitte echter op onoverkomelijke bezwaren van praktische aard. We beschikten slechts over een zeer beperkt budget. Gezien de planning van het totale onderzoek en de beschikbare tijd van de onderzoeker moest het veldwerk binnen enkele maanden afgerond kunnen zijn. Bovendien waren ook de - grotendeels onbezoldigde - interviewers slechts gedurende een beperkte tijdsperiode beschikbaar. Mede gezien het grote aantal variabelen dat we in de studie wilden betrekken, is uiteindelijk gekozen voor de survey-methode: een eenmalig cross-sectioneel onderzoek onder een steekproef uit de bevolking door middel van een gestructureerd interview gekombineerd met schriftelijke onderdelen.

Het onderzoek is dus retrospectief van aard. Dit betekent dat op grond van dit onderzoek geen 'harde' uitspraken gedaan kunnen worden over de kausale invloed van onderzochte variabelen en dat slechts van significante samenhangen gesproken kan worden, waaruit - in retrospectieve zin - de predictieve waarde van bepaalde variabelen kan worden afgeleid.

Het registratie-onderzoek. Of mensen binnen een bepaalde periode professionele hulp gezocht hebben, kan men vaststellen door mensen er tijdens een bevolkingsonderzoek rechtstreeks naar te vragen. Bij de beantwoording van dergelijke vragen kan echter om uiteenlopende redenen 'bias' optreden, zeker in retrospectief onderzoek. Zo kan men zich misschien het precieze aantal bezoeken aan een hulpverlener niet meer herinneren, men weet niet of een incidenteel bezoek nog wel in de onderzochte periode viel, een ander wil over een bepaald hulpverleningscontact niet met de interviewer spreken en weer een ander interpreteert een bepaalde klacht bij de huisarts als puur medies,

terwijl de huisarts overtuigd is van het psychosomatische karakter ervan. Mechanic (1978, pag.31) adviseert om voor de inventarisatie van het zoeken van professionele hulp - indien enigszins mogelijk - andere informatiebronnen te gebruiken dan de respondent zelf.

Alle relevante hulpverleningsinstanties, respectievelijk hulpverleners, in het LVC benaderen teneinde gegevens te verkrijgen over het hulpzoekgedrag van de deelnemers aan het bevolkingsonderzoek, leek ons niet haalbaar. Gezien de vele instellingen en hulpverleners zou dit teveel tijd hebben gekost. Maar bovenal zou dit tot onaanvaardbare problemen met de anonimiteit van gegevens hebben geleid. Zoals we in de volgende paragraaf nog zullen toelichten hebben we ons onderzoek uiteindelijk beperkt tot één dorpsgemeenschap. Dit had onder meer als belangrijk voordeel dat we onze aandacht konden concentreren op een beperkt aantal eerstelijnswerkers.

Binnen de eerste lijn hebben we onze focus specifiek gericht op de huisarts. Uit eerder onderzoek (par. 6.1) was immers gebleken dat de huisarts een centrale positie inneemt in het professionele circuit voor wat betreft hulp bij psychosociale problemen. Dit lijkt met name het geval te zijn in de kleinere plattelandsgemeenten. Een andere belangrijke reden was dat de betrokken huisarts een systematische registratie bijhield van alle contacten en klachten, inclusief de psychosociale aspecten. Hierdoor leende het materiaal zich voor een retrospectieve analyse. Andere eerstelijnswerkers zoals de wijkverpleegkundige en de gezinszorg maakten niet van een dergelijke systematische en inhoudelijke registratie gebruik. Bovendien deed zich de mogelijkheid voor, door de tijdelijke medewerking van een onafhankelijke arts van buiten de regio, de anonimiteit van de gegevens te waarborgen. We besloten daarom het REGISTRATIE-ONDERZOEK met name toe te spitsen op de HUISARTSPRAKTIJK.

Een andere mogelijkheid vormden de registratiegegevens van de AGGZ-Boxmeer. Het bureau hield sinds haar oprichting een zekere vorm van registratie van anonieme cliëntgegevens bij en participeerde sinds 1977 aan een landelijk ingevoerd registratiesysteem. Vanwege de betrokkenheid bij het onderzoek gaf de AGGZ-Boxmeer toestemming om van deze anonieme gegevens in tabelvorm gebruik te maken. Uiteindelijk hebben we hiervan slechts in zeer summiere mate gebruik gemaakt, en wel om een drietal redenen.

In het jaar van ons veldonderzoek (1977) draaide het landelijke registratiesysteem voor het eerst op proef. In de registratie en verwerking bleken nog fouten voor te komen en over de tweede helft van dat jaar zijn door de invoeringsproblemen van het nieuwe systeem zelf geheel geen registratiegegevens verzameld. Ten tweede bevatte het systeem slechts een beperkt aantal demografische gegevens. Zo ontbraken gegevens over beroep, inkomens- en opleidingsniveau, gezinssamenstelling en woonduur in de woongemeente. Voorzover de registratiegegevens opgesplitst waren naar demografische indicatoren, waren deze opsplitsingen alleen over de gehele subregio berekend en niet per gemeente beschikbaar. Aangezien tweederde van de klientsystemen uit de grotere gemeenten afkomstig was, zouden deze gegevens een vertekening opleveren ten aanzien van de kleinere plattelandsgemeenten.

Tenslotte bleek het aantal aanmeldingen¹⁾ bij de AGGZ-Boxmeer uit de gemeente, waar toe we uiteindelijk ons onderzoek beperkten, dusdanig gering dat het zich niet leende

¹⁾ Binnen onze steekproef van 252 personen.

voor verder onderzoek. In de eerste helft van 1977 werd slechts één cliëntsysteem aangemeld en in 1978 slechts twee. Dit betekent in ieder geval dat de AGGZ-Boxmeer in de betrokken gemeente, voor wat betreft de RECHTSTREEKSE psychosociale hulpverlening aan de bevolking, in deze jaren slechts een uiterst marginale positie innam. Er bestonden naar de eerste lijn wel kontakten van meer konsultatieve aard.

Op grond van het voorgaande hebben we het registratie-onderzoek uiteindelijk beperkt tot de huisartspraktijk.

Gesprekken met lokale sleutelfiguren. Voorafgaande aan het bevolkingsonderzoek en het registratie-onderzoek hebben we een eenvoudig opinie-onderzoek gehouden onder de eerstelijns werkers en andere sleutelfiguren uit de betrokken gemeente. Dit onderzoek bestond deels uit een open, ongestructureerd interview, deels uit een korte schriftelijke vragenlijst.

Het interview had een tweeledig doel: het verkrijgen van medewerking voor het bevolkingsonderzoek en het verkrijgen van basis-informatie over de dorpsgemeente. We achtten de uitvoering van het bevolkingsonderzoek alleen wenselijk en haalbaar wanneer plaatselijke sleutelfiguren en eerstelijns werkers zouden willen meewerken aan de voorbereiding en de introductie ervan. In feite vormden deze interviews reeds een onderdeel van deze introductiefase. De gesprekken bevatten onder meer een uitleg over het doel en de opzet van het onderzoek en vragen over mogelijke suggesties voor de invulling ervan. Een tweede deel van het interview bevatte vragen over typische kenmerken van de dorpsgemeente, de sociale leefsituatie, de aanwezigheid van opvallende problemen en probleemgroepen, de hulpverleningsmogelijkheden en de wijze waarop de bevolking hiervan gebruik maakt. Ook de rol die de geïnterviewde daarin zelf vervulde kwam aan de orde.

In de schriftelijke enquête werd met behulp van enkele vragen uit het bevolkingsonderzoek gevraagd een verwachting te geven over enkele onderzoeksresultaten. Onder meer werden schattingen gevraagd over de aard van de meest voorkomende problemen in de bevolking, het percentage dat zwaar of nogal in de problemen zit en de mate waarin de bevolking contact heeft gehad met diverse professionele hulpverleners. Het vragenlijstje werd bovendien voorgelegd aan een tweetal medewerkers van de AGGZ die min of meer regelmatig vanuit hun team kontakten hadden met cliënten of eerstelijns werkers uit de betreffende gemeente. De beantwoording van de vragenlijst geschiedde anoniem opdat we minder last zouden hebben van sociale wenselijkheid i.v.m. mogelijk 'gezichtsverlies', wanneer achteraf zou blijken dat sommigen een slechtere schatting zouden hebben gemaakt dan anderen.

Verder hebben we nog gebruik gemaakt van beschikbaar schriftelijk materiaal over het LVC en de onderzoeksgemeente, zoals: de Statistiese Dokumentatie 1976 van het Streekgewest Land van Cuyk, gegevens van het Landbouw Economisch Instituut, het telefoonboek en de gouden gids, gedetailleerde kaarten van de streek, het dorpsblad en de Adressengids Welzijnzorg Land van Cuyk. Ook ons verblijf in de onderzoeksgemeente gedurende enkele maanden leverde tal van indrukken op over het plaatselijke sociale leven en het kulturele klimaat.

Deze gegevens zijn gebruikt bij de selectie van de onderzoeksgemeente, het opstellen van de vragenlijst en de introductie van het onderzoek bij de bevolking. Met name ook

tijdens de interviews zelf, de verwerking en de interpretatie van de onderzoeksgegevens bleek het belangrijk feeling te hebben voor wat er in een gemeenschap leeft, hoe het plaatselijke verenigingsleven in elkaar zit en hoe lokale of regionale hulpverleners/-instanties heten en waar deze gevestigd zijn.

6.4.2 Keuze voor een dorpsstudie

Wanneer we ten behoeve van een regionale AGGZ-instelling langs directe weg informatie willen hebben over de geestelijke gezondheidssituatie in de bevolking, dan ligt het het meest voor de hand om het onderzoek te richten op een representatieve steekproef uit de gehele streekbevolking. We hebben daar om meerdere redenen van afgezien.

Na bestudering van gegevens over de regio leek ons zowel de leefsituatie als de hulpverleningssituatie in de stedelijke gemeenten beduidend anders dan die in de kleinere plattelandsdorpen. De steekproef zou dan van het begin af aan dusdanig groot dienen te zijn, dat een aparte analyse van de onderzoeksvragen mogelijk zou zijn voor de grotere gemeenten en apart voor de kleinere gemeenten. Onze ervaring met het benodigde onderzoeksinstrumentarium, alsmede de beschikbare financiële en personele middelen waren dusdanig beperkt dat we ons niet wilden vertillen aan een te groots opgezet onderzoek.

Bovendien hadden we behoefte aan een vaste groep van lokale gesprekspartners om het onderzoek voor te bereiden en in de eindfase naar mogelijke beleidskonsequenties te zoeken. Zouden we het onderzoek op het gehele LvC betrekken dan was het nauwelijks mogelijk om een overlegorgaan in het leven te roepen, dat het tot haar taak zou rekenen om gezamenlijk naar de beleidskonsequenties te kijken en deze vervolgens in praktijk te brengen. Voor een dergelijke groep zouden immers alle eerstelijns werkers in het LvC in aanmerking komen, terwijl zij in de praktijk geen natuurlijke werkeenheid vormen.

Een belangrijke reden was voorts dat we onze informatie niet alleen wilden baseren op individuele interviews, maar dat we in combinatie daarmee ook andere onderzoeksmethoden wilden gebruiken, zoals registratie-onderzoek en gesprekken met eerstelijns werkers en andere lokale sleutelfiguren (zie par. 6.4.1). Sammatie van individuele opvattingen is onvoldoende om daaruit het sociale klimaat en andere lokale omstandigheden te destilleren voorzover relevant voor de geestelijke gezondheidssituatie. Enig zicht op deze sociale, kulturele en materiële kontekst, waarin problemen ontstaan, voorkomen en verwerkt worden, leek ons juist vanuit sociaal-epidemiologies perspectief van essentieel belang.

Met deze keuze volgen we een advies van Mechanic uit een publikatie, gewijd aan de theoretiese en methodologiese problemen van epidemiologies onderzoek omtrent hulpzoekgedrag (Mechanic, 1975, pag.400):

"The ideal approach, although usually impossible to implement and extremely expensive, would be to follow on a panel basis a large defined population with access to a defineable range of helping services. Although complete control is never fully possible, opportunities for a successful study are increased in a closed panel health care plan, particularly one in a relatively isolated community where treatment alternatives are not readily available or are easy

*identifiable, and thus can be included in the study." en:
"Such a study could monitor the occurrence of distress in the population, the processes by which people identify and make sense of unorganized symptoms, and types of help-seeking from alternative agencies available to the population, such as medical care, mental health practitioners, clergymen, lawyers, special clinics, etc."*

De keuze voor een onderzoek in lokale gemeenschappen doet de vraag rijzen: hoe representatief kunnen de resultaten via een dergelijke strategie zijn voor de gehele sub-regio? We meenden dit probleem te kunnen oplossen door op basis van een sociologische analyse een steekproef van drie gemeenten te selecteren die tezamen representatief geacht mogen worden voor het gehele gebied. Achtereenvolgens zou binnen ieder van deze drie gemeenten een onderzoek worden verricht onder een representatieve steekproef uit de plaatselijke bevolking. Gezien de structurele opbouw van het LVC lag het in de oorspronkelijke bedoeling in een tweetal dorpsgemeenschappen een onderzoek te verrichten en in één van de grotere gemeenten. Tezamen zouden deze drie onderzoeken een integraal beeld moeten opleveren van de geestelijke gezondheidssituatie in de gehele subregio. Aangezien het onderzoek in een stedelijke gemeente naar onze verwachting meer problemen zou opleveren dan in een dorpsgemeenschap, hebben we dit laatste als startpunt van het onderzoeksproject gekozen.

Tijdens de uitvoering van de eerste fase bleek al snel dat het onderzoek aanzienlijk meer tijd zou gaan kosten dan oorspronkelijk ingeschat was. Het ontbreken van een geroutineerd onderzoeksapparaat voor dit type onderzoek en het ontwikkelen van nieuwe meetinstrumenten bleek veel tijd te kosten, alsmede het proces van contactlegging met de onderzoeksgemeente. Bij uitvoering van alle drie de onderzoeken zou zowel het tijds-perspektief van de beleidsplanning overschreden worden, als ook de beschikbare onderzoekstijd in verband met de dissertatie. We hebben daarom onze aanvankelijke pretenties moeten terugschroeven en besloten om het project te beperken tot één dorpsstudie. Hierdoor kon het onderzoek niet meer representatief geacht worden voor het gehele LVC. Zou echter de situatie in de onderzoeksgemeente representatief geacht mogen worden voor de andere dorpsgemeenschappen in de regio, dan zouden de onderzoekskonklusies desondanks betekenis kunnen hebben voor ongeveer 60% van de streekbevolking. In par. 6.6 zullen we deze representativiteit nader toetsen.

Bij de KEUZE VAN EEN SPECIFIEKE DORPSGEMEENSCHAP hebben we vooraf enkele selectie-kriteria opgesteld:

1. Het dorp dient enige representativiteit te bezitten voor andere dorpsgemeenschappen in de regio met het oog op de generaliseerbaarheid van de resultaten.
2. Het inwoneraantal mag niet te klein zijn, anders levert dit problemen op voor de samenstelling van een steekproef van tenminste 250 personen van 18 jaar en ouder (zie par. 6.6.1). Als minimum geldt een inwoneraantal van 2000.
3. De aanwezigheid van een home-team. De AGGZ-Boxmeer onderhoudt een regelmatig contact met alle hometeams in het LVC. In 1977 waren er 7 hometeams die tezamen ongeveer 30% van de bevolking verzorgden. De verwachting bestond dat er via een hometeam een betere ingang en meer motivatie voor het onderzoek zou zijn. De aanwezigheid van een hometeam gaf ons verder enige garantie dat we geen energie zouden

hoeven te steken in het opbouwen van een samenwerkingsrelatie tussen de lokale eerstelijns werkers. Bovendien schept een hometeam als bestaand overlegkader betere mogelijkheden voor terugkoppeling en het benutten van onderzoeksgegevens. Op basis van deze criteria viel onze keuze op de gemeente Haps. Het plaatselijke hometeam en andere lokale sleutelfiguren bleken bereid tot medewerking aan het onderzoek (zie par. 6.7.4).

6.4.3 Beschrijving van de onderzoeksgemeente

De schets van het Land van Cuyk (par. 6.3) bevatte reeds enige informatie die ook betrekking heeft op de gemeente waarin wij ons onderzoek hebben verricht. We geven hieronder een meer gedetailleerd beeld van deze gemeente voorzover dit de situatie van 1977 betreft.

De gemeente Haps kan gekarakteriseerd worden als een kleine, hechte dorpsgemeenschap met een duidelijk agrarisch en een betrekkelijk gesloten karakter. Zij is in het midden van het LVC gelegen. De afstand tot de streekcentra Boxmeer en Cuyk bedraagt respectievelijk 6 en 4 kilometer. De inwoners zijn geheel op eigen (of elkaars) vervoer aangewezen, omdat het dorp niet is aangesloten op het regionale netwerk van openbaar vervoer.

Het inwoneraantal is 2650, waarvan een derde jonger is dan 15 jaar en slechts 11% ouder dan 60 jaar. Op grond van de leeftijdsopbouw zou men mogen verwachten dat opvoedingsproblemen in het dorp een belangrijk thema vormen. Volgens een telling in 1971 bleek 70% van de bevolking autochtoon. Opvallend was dat dit percentage voor mannen veel hoger is dan voor vrouwen, respectievelijk 77% en 61%. We leiden hieruit af dat bij een huwelijk meer mannen in hun woonplaats blijven wonen en dat vrouwen in die situatie vaker moeten verhuizen. Zodoende verwachten we onder de jonge, gehuwde vrouwen relatief meer 'nieuwkomers' (allochtonen). Overigens blijft het inwoneraantal over de jaren heen redelijk stabiel; de stijging tussen 1970 en 1977 blijft althans beperkt tot 4%.

De werkgelegenheid in Haps zelf is beperkt. Globaal geschat werkt ongeveer een derde van de beroepsbevolking in de gemeente zelf, voornamelijk in de agrarische bedrijven, daarmee samenhangende bedrijven of functies, en in de winkels in het dorp. De overgrote meerderheid werkt buiten de gemeente, ofwel binnen het LVC (m.n. in de grote bedrijven te Cuyk) ofwel daarbuiten.

Wat betreft het onderwijs is men vrijwel geheel aangewezen op de grotere gemeenten in de streek. Zowel door degenen die elders een baan hebben, als door de schoolgaande jeugd wordt er dus druk gependeld. In deze zin is het dorp veel minder gesloten. In het dorp zelf is alleen een kleuter- en basisschool. Het gemiddelde opleidingsniveau van de bevolking is - evenals in de meeste andere dorpsgemeenschappen in de streek - lager dan in de grotere gemeenten.

Voorts kent de gemeente een actief verenigingsleven. Zo zijn er b.v. een biljartclub, zangverenigingen, een fanfare, toneelvereniging, karnavalsvereniging, volley- en tennisvereniging, een voetbalclub, ruitclub, visclub, een jeugd- en jongerenraad en enkele

buurtverenigingen. Verder brengt het beperkte aantal inwoners, het autochtone karakter en het verenigingsleven met zich mee dat bijna 'iedereen iedereen kent' en op grond daarvan vele sociale contacten bestaan. Wel deden wij tijdens ons verblijf de indruk op dat hierdoor een veel sterkere onderlinge sociale controle bestaat dan b.v. in de Nijmeegse stadswijk waar de onderzoeker zelf woonachtig is. Dit zou met name van betekenis kunnen zijn waar het gaat om het praten met anderen in de omgeving over meer persoonlijke problemen of het kiezen van ongebruikelijke oplossingsmethoden (b.v. echtscheiding).

Op het gebied van de gezondheids- en welzijnszorg is er in het dorp een huisarts, een wijkverpleegkundige en een gezins- en bejaardenzorg. Verder komt er van buiten het dorp eenmaal per week een maatschappelijk werker, een kinderarts en ambtenaar van de sociale dienst een spreekuur houden. Met uitzondering van de laatste twee vormen deze hulpverleners een plaatselijk hometeam, dat regelmatig onderling overleg pleegt.

6.5 REPRESENTATIVITEIT VAN DE ONDERZOEKSGEMEENTE TEN OPZICHTE VAN DE SUBREGIO

Onze indruk dat Haps een representatief beeld zou kunnen bieden van een grotere groep van kleine plattelandsgemeenten was weliswaar gebaseerd op bestudering van regionale gegevens, de uiteindelijke keuze bleef echter een subjectieve. In verband met de generaliseerbaarheid van de konklusies hebben we achteraf deze representativiteit specifiek onderzocht. Daartoe hebben we alle gemeenten uit het gebied met elkaar vergeleken op een aantal sociaal-demografiese kenmerken en enkele gegevens over de (geestelijke) gezondheidszorg.

6.5.1 Een sociaal-demografiese vergelijking

De informatie over sociaal-demografiese kenmerken hebben we grotendeels ontleend aan de 'Statistische Dokumentatie 1976' van het streekgewest Land van Cuyk. Gezien het typiese plattelandskarakter van dit gebied hebben we tevens een aantal gegevens ontleend aan het Landbouw Economisch Instituut in Den Haag. Deze laatste gegevens hebben betrekking op de situatie in 1975. Met behulp van deze informatie konden we voor ieder van de 10 gemeenten in de betreffende subregio een profiel opstellen bestaande uit de volgende 14 kenmerken:

aantal inwoners	leeftijdsopbouw
aantal geboorten	opleidingsnivo van de beroepsbevolking
migratoire groei	politieke voorkeur
uitgaande pendel	aantal landbouwbedrijven
aantal autochtonen	idem met meer dan 20 ha
bevolkingsdichtheid	bebouwde oppervlakte in ha
gemiddelde woningbezetting	burgerlijke staat

We zijn allereerst geïnteresseerd in de onderlinge relatie tussen deze sociaal-demografische kenmerken en vervolgens in de relatie tussen deze kenmerken en de tien gemeenten. We hebben dus behoefte aan een dubbele klustering nl. van kenmerken en van gemeenten. Een complicerende faktor is dat sommige van de genoemde kenmerken van nominale aard zijn en dus geen metries nivo hebben. Voor onze analysedoeleinden is een nonmetriese faktoranalyse het meest geschikt omdat deze op beide aspecten kan klusteren. We hebben hiervoor het computerprogramma MININFA gebruikt uit het programma-pakket van het Psychologisch Laboratorium, K.U. Nijmegen. De gevolgde procedure hebben we hieronder samengevat:

Een nonmetriese faktoranalyse wordt gebruikt voor een multidimensionele analyse van nonmetriese data en bestaat uit de (partiële) ordening van zogenoemde Q-(kolom)-elementen door elk van een aantal P-(rij)-elementen. Het programma bepaalt voor elk P-element een vector x , en voor elk Q-element een vector y , zodanig dat de volgorde van de projekties van de y -punten op een bepaalde x -vector zoveel mogelijk overeenkomt met de volgorde van de Q-elementen bij het betreffende P-element.

De sociaal-demografische kenmerken beschouwen we als P-elementen en de 10 gemeenten als Q-elementen. De nonmetriese faktoranalyse ordent nu de gemeenten (Q) ten opzichte van de sociaal-demografische kenmerken (P) in een zogenoemde 'best passende configuratie'. We bedoelen daarmee een configuratie die zo goed mogelijk past bij de data; anders gezegd, een zo laag mogelijke 'stress'(verschil) geeft tussen modelkonfiguratie en datakonfiguratie. Daartoe worden eerst de kenmerken gefaktoranalyseerd in een aantal dimensies, waarna op ieder van deze dimensies de onderlinge afstand tussen de gemeenten berekend wordt. Deze afstanden leveren vervolgens informatie over de wijze waarop de gemeenten, gezien hun onderlinge overeenkomsten en verschillen, het best gegroepeerd kunnen worden.

Gezien het nominale karakter van enkele variabelen kan op die variabelen de waarde niet met één getal weergegeven worden. Een duidelijk voorbeeld is de burgerlijke staat. Voor het verschil in de opbouw van de burgerlijke staat kunnen we ons niet beperken tot één cijfer. In die gevallen wordt elke categorie van dat kenmerk als aparte variabele in de analyse ingevoerd. Dus het percentage ongehuwden vormt een aparte variabele, maar ook het percentage gescheiden mensen. Omdat de gemiddelde leeftijd te weinig informatie biedt over de leeftijdsopbouw hebben we ook de verschillende leeftijdskategorieën als aparte variabelen gebruikt. Na de gegevens van de gemeenten met betrekking tot alle kenmerken (35 variabelen) in een tabel bijeengebracht te hebben, hebben we overeenkomstig de nonmetriese methode per kenmerk de gemeenten geordend van hoog (=veel van een kenmerk) naar laag (=weinig). Op de aldus gekonstrueerde rangorde-tabel is de faktoranalyse uitgevoerd.

Resultaten. Na diverse analyses blijkt de ongeroteerde faktoranalyse met opgave van 2 dimensies de beste resultaten op te leveren (tabel 6.1). Hoewel een 3-dimensionele oplossing een lagere stress-skore te zien geeft (.18 tegen .27), geven we toch aan de tweedimensionele oplossing de voorkeur omdat deze zich beter laat interpreteren. Voorts levert de geroteerde varimax-analyse geen betere resultaten op dan de ongeroteerde versie.

Het overgrote deel van de kenmerken blijkt op de EERSTE FAKTOR te klusteren. Van de 35 items laden er 26 hoger dan .80 en 30 hoger dan .60. Deze eerste faktor vormt daarmee het belangrijkste vergelijkingspunt om overeenkomsten en verschillen tussen de gemeenten te bepalen. De kenmerken inwoneraantal, natuurlijke en migratoire groei, het percentage autochtonen, bevolkingsdichtheid, gemiddelde woningbezetting, leeftijdsopbouw, politieke voorkeur, de lagere opleidingscategorieën en drie agrarische kenmerken hebben alle een hoge lading op deze faktor.

Tabel 6.1 *Nonmetrische faktoranalyse volgens MININFA over 10 gemeenten en 35 sociaal-demografische variabelen.*

gemeente	absolute verschillen tot Haps op:	
	faktor 1	faktor 2
Oploo	.01	.01
Vierlingsbeek	.02	.29
Beers	.03	.37
Wanroy	.07	.09
Mill	.13	.32
Oeffelt	.32	.08
Boxmeer	.67	2.16
Grave	.99	2.56
Cuyk	3.33	.32

De verschillende categorieën van de burgerlijke staat zijn ook in deze faktor vertegenwoordigd met uitzondering van de weduwen. Uit de hoge lading van al deze kenmerken mogen we afleiden dat zij allen een nagenoeg overeenkomstige indeling aanbrengen tussen de 10 gemeenten.

De TWEDE FAKTOR bestaat hoofdzakelijk uit indicatoren voor de midden- en hogere onderwijsnivo's bij mannen en vrouwen. Daarnaast geeft ook het percentage weduwen hier een hoge lading te zien.

We hebben de skores van de 10 gemeenten op de twee dimensies in tabel 6.1 weergegeven uitgedrukt in absolute afstanden ten opzichte van Haps. Onze onderzoeksgemeente is daarbij dus als nulpunt gekozen. We zien op de eerste en belangrijkste dimensie een zeer geringe afstand tussen de gemeenten Haps, Vierlingsbeek, Oploo, Mill, Oeffelt, Beers en Wanroy, en een grote afstand van deze groep tot Boxmeer en Grave, met Cuyk als opvallende uitloper. Bij de eerste groep gaat het om kleine gemeenten of gemeenten bestaande uit een aantal dorpen of woonkernen, variërend van 500 tot 6000 inwoners. Zij hebben alle een duidelijk plattelandskarakter, zoals dat o.a. tot uiting komt in het aantal en de grootte van de agrarische bedrijven per 1000 inwoners, in de geringe migratoire groei, in het hoge aantal autochtone inwoners, de grote uitgaande pendel en in het kleine aantal inwoners per km². Bovendien ligt in deze gemeenten de gemiddelde woningbezetting hoger, hetgeen vermoedelijk wijst op grotere gezinnen. Voor Boxmeer, Grave en Cuyk gelden tegenovergestelde karakteriseringen.

Ook het verschil in politieke voorkeur geeft een indicatie voor de verscheidenheid in karakter tussen de kleinere en de grotere gemeenten. Op het platteland vinden we een sterke CDA-aanhang van gemiddeld 60 à 70%. Met name in Cuyk en Grave treffen we een veel heterogener beeld aan voor wat betreft de politieke voorkeur.

Bij de leeftijdsopbouw zien we geen grote verschillen tussen de gemeenten. Wel vinden we in de drie grotere gemeenten relatief minder ongehuwden. Dat komt omdat het percentage kinderen hier iets kleiner is dan in de dorpen. Voor het aantal gescheiden personen, en met name het aantal gescheiden vrouwen, ligt deze verhouding precies

andersom. In de kleine dorpsgemeenschappen treffen we gemiddeld één gescheiden persoon aan op iedere 1000 inwoners, en in de grotere gemeenten vier. Verder ligt ook het opleidingsnivo in de dorpen gemiddeld lager dan in de steden (met uitzondering van Cuyk).

Het beeld op de tweede dimensie wijkt vooral van de eerste af doordat Cuyk tussen de kleinere gemeenten wordt geplaatst en zich duidelijk onderscheidt van Grave en Boxmeer. Dit wordt veroorzaakt doordat het opleidingsnivo in Cuyk lager is dan in de twee andere gemeenten en dus meer verwant is met dat van de kleinere gemeenten. Voor het overige levert de tweede dimensie dezelfde verdeling van gemeenten op als de eerste dimensie.

6.5.2 Enkele vergelijkingen met betrekking tot de gezondheids- en welzijnszorg

De belangrijkste gezondheids- en welzijnszorginstanties op het nivo van de eerste lijn zijn in alle gemeenten van het LVC aanwezig via aldaar gevestigde beroepsbeoefenaren of via spreekuren: huisarts, wijkverpleging, algemeen maatschappelijk werk, sociale dienst, gezinszorg, bejaardenzorg en het pastoraat. In de meeste dorpsgemeenten werken een aantal van hen samen via een home-team.

Het opbouwwerk en een aantal meer gespecialiseerde hulpverleningsinstanties zijn alleen in een of meerdere van de stedelijke gemeenten gevestigd, b.v. het JAC, de AGGZ-buro's, een zenuwarts, gehandicaptenzorg, vormingscentra en de reklassering.

Tabel 6.2 toont een aantal registratiecijfers over de aangemelde cliëntsystemen uitgesplitst naar gemeente. Bij gebrek aan volledige gegevens over 1977 hebben we die over 1978 en 1979 weergegeven. De cijfers betreffen het aantal aangemelde cliëntsystemen per 1000 inwoners. Over de gehele subregio berekend bestaat een cliëntstelsel gemiddeld uit twee personen.

Het beeld wisselt wat tussen de beide jaren, vandaar dat we ook een gemiddelde over beide jaren hebben berekend. Opvallend is het hoge promillage (behandelingsprevalentie) in de gemeente waar het AGGZ-buro is gevestigd. Vergelijken we dit met de cijfers voor de beide andere stedelijke gemeenten, dan lijkt de afstand een belangrijke rol te spelen bij de keuze al of niet een beroep te doen op de AGGZ, respectievelijk ernaar te verwijzen. Uit de kleine plattelandsgemeenten komen gemiddeld minder cliëntsystemen (per 1000 inw.) dan uit de grotere gemeenten. De aanmeldingen uit Haps wijken niet opvallend af van die uit de andere kleine plattelandsgemeenten. Alleen Oeffelt - het dichtst bij Boxmeer gelegen - wijkt hier duidelijk van af.

De representativiteit van onze onderzoeksgegevens (over Haps) voor de situatie in een groter aantal gemeenten, gaat echter minstens op één belangrijk punt mank. Verhaak (1981) heeft aangetoond dat cijfers over de psychosociale morbiditeit in huisartspraktijken sterk kunnen verschillen, afhankelijk van de sensitiviteit die de huisarts hiervoor in zijn of haar waarneming heeft.

Tabel 6.2 Jaarprevalentie van aangemelde cliëntsystemen bij de AGGZ-Boxmeer, berekend per 1000 inwoners en uitgesplitst naar gemeente van herkomst.

	<u>1978</u>	<u>1979</u>	<u>1978+1979</u>
Haps	4.5	4.9	4.7
Oploo	6.7	6.5	6.6
Vierlingsbeek	3.9	4.9	4.4
Beers	5.2	3.8	4.5
Wanroy	8.5	3.6	6.0
Mill	4.5	4.9	4.7
Oeffelt	8.3	9.3	8.8
Boxmeer	12.0	13.6	12.8
Grave	6.0	8.6	7.3
Cuyk	4.8	8.8	6.8
gemiddelde over LVC	7.1	7.9	7.5
gemidd.: sted. gem.	9.0	10.4	9.7
gemidd.: platt. gem.	5.1	5.2	5.1

In onze onderzoeksgemeente is duidelijk sprake van een huisarts, die gevoelig is voor de psychosociale omstandigheden van zijn patiënten en sterk gemotiveerd is deze problematiek in zijn praktijk bespreekbaar te maken. Dit kan enerzijds tot gevolg hebben gehad dat de waargenomen psychosociale morbiditeit in zijn praktijk hoger is dan elders en anderzijds dat er een sterke neiging is tot 'zelf behandelen' in plaats van 'verwijzen'. Netto-resultaat: het aantal verwijzingen blijft mogelijk stabiel.

Konklusie. Afgaande op de analyse van het beschikbare cijfermateriaal konkluderen we dat onze onderzoeksgemeente een sterke overeenkomst vertoont met de zes overige plattelandsgemeenten in het LVC¹⁾. Daarentegen wijkt zij op een groot aantal kenmerken af van de gemeenten met een stedelijk karakter. De verschillen betreffen o.m. bevolkingsdichtheid, burgerlijke staat en opleiding, waarvoor in de sociale epidemiologie samenhangen zijn aangetoond met de prevalentie van psychosociale stoornissen (zie par. 3.4). Voorts moeten we ernstig rekening houden met de mogelijkheid dat de gegevens uit het registratie-onderzoek in de huisartspraktijk niet representatief zijn voor de andere plattelandsgemeenten. We zullen op dit aspect in de betreffende hoofdstukken nog nader ingaan door de resultaten te vergelijken met die van andere studies.

¹⁾Hierbinnen wijkt Oeffelt nog het meest af.

6.6 1 Selectie van de steekproef

Het kiezen van een steekproefgrootte binnen onze onderzoeksgemeente is geen eenvoudige zaak. Het aantal respondenten is afhankelijk van een reeks van factoren die deels te maken hebben met de wenselijke grootte en deels met de haalbaarheid. Zowel de onderzoeksmethodologie, de nauwkeurigheid van de benodigde informatie, de onderzoekskosten als plaatselijke omstandigheden stellen hieraan hun eisen. De mogelijkheid om interactie-effecten te bepalen door middel van z.g. opsplittingsmethodieken vereist een omvangrijke steekproef, vooral wanneer het onderzoek veel variabelen bevat van nominaal nivo of wanneer kromlijngige verbanden verwacht worden (Sonquist, 1970). De toepassing van een dergelijke methodiek vereist enkele duizenden respondenten. Bij survey-onderzoek gebaseerd op korrelatietechnieken is een steekproef van 300 à 400 personen zeer gebruikelijk, terwijl 200 als een minimum kan worden beschouwd. Het een en ander is uiteraard afhankelijk van de omvang van de populatie waarover men een uitspraak wil doen.

Idealiter kiest men een zo groot mogelijke steekproef. De kans op nauwkeurige schattingen over verschijnselen in de populatie is dan het grootst. In ons geval is de populatie echter klein en is zij door haar dorpskarakter homogener dan b.v. de bevolking van een grote stad. Daar komt nog bij dat, in een behoefte-analyse zoals in onze studie, een afwijking van enkele procenten meestal geen ernstig probleem vormt. Voor de planning van de geestelijke gezondheidszorg is onder de huidige omstandigheden van beleidsvoering geen hoge mate van exactheid noodzakelijk. Zo is het relatief onbelangrijk of het aantal mensen die zich met psychosociale klachten tot een huisarts wenden 22% of 25% bedraagt. Gezien deze overwegingen zouden we met een wat kleinere steekproef kunnen volstaan. Overwegingen van onderzoekskosten noodzaakten ons tot eenzelfde konklusie.

Het hanteren van een gefaseerd beslissingsmodel van het hulpzoekproces vraagt daarentegen om een groot aantal respondenten als uitgangseenheid. Na ieder keuzemoment valt immers een deel van de onderzoekspopulatie uit de analyse weg. Zo kan aan iedereen gevraagd worden of zij/hij op dit moment al dan niet in problemen verkeert. Echter, de vraag of iemand op basis van dat probleem bij anderen hulp gaat vragen is uiteraard op een beperkter aantal mensen van toepassing. Wil men bij de laatste keuzemomenten voldoende respondenten overhouden om significante verbanden te kunnen aantonen dan zal de uitgangssteekproef extra groot moeten zijn. Om aan dit probleem enigszins tegemoet te komen hebben wij er van afgezien om een apart onderzoek te verrichten op die subgroep binnen de steekproef die kontakt heeft gehad met de AGGZ. De onderzoeksvragen over het hulpzoeken hebben dan ook hoofdzakelijk betrekking op het hulpzoeken in de direkte omgeving en bij de eerste lijn, waar het vermoedelijk om grote groepen mensen gaat.

Het zijn uiteindelijk vooral de plaatselijke omstandigheden geweest die de bovengrens van de steekproefgrootte hebben bepaald. Het kiezen van een grote steekproef van b.v. 600 personen levert in een kleine dorpsgemeenschap het probleem op dat in vrijwel elk huishouden iemand zou moeten worden geïnterviewd. Gezien de problemen rond de volks-

telling en het zeer persoonlijke karakter van het interviewthema verwachtten wij in dat geval op weerstand onder de bevolking te stuiten. Om de a-selektheid van de steekproef en het anonieme karakter van het onderzoek ook voor de bevolking geloofwaardig te laten zijn hebben wij als vuistregel gekozen om gemiddeld niet meer dan één interview op iedere 3 huishoudens te houden. Dit komt voor de volwassen bevolking uit deze dorpsgemeenschap neer op circa 225 interviews. Vanwege eerder genoemde argumenten hebben we dit getal naar boven afgerond op 250 personen. In het totaal woonden er begin 1977 1739 volwassenen in het dorp (personen van 18 jaar en ouder). De steekproef betrof dus uiteindelijk 1 op de 7 volwassenen. Gezien deze verhouding mogen we verwachten dat een dergelijke representatieve steekproef een goed beeld van de situatie in de dorpsbevolking moet kunnen geven. Vanwege de verwachte uitval hebben we het aantal van 250 met 90 reserve-adressen verhoogd. In het totaal zijn dus door de gemeente 340 volwassen personen op a-selecte wijze uit het gemeente register getrokken door iedere 7e kaart te nemen. Bij trekking van een niet-volwassene werd de eerstnavolgende kaart van een volwassene gekozen. Uit deze 340 hebben wij een a-selecte steekproef van 250 genomen.

6 6 2 Representativiteit van de steekproef

Gedurende de interviewkampagne werd, afhankelijk van het aantal beschikbare interviewers, wekelijks een nieuwe groep uit de oorspronkelijke 250 geselecteerde personen benaderd. Bij uitval werd deze groep at random aangevuld met personen uit de reserve-groep. In het totaal werden 320 personen benaderd voor medewerking aan het interview. Van de oorspronkelijke steekproef verleende 80% haar medewerking. Uit de reservegroep werden 70 personen benaderd, waarvan 75% participeerde. Er zijn uiteindelijk 252 interviews gehouden. Het responspercentage over alle benaderde personen bedroeg 79% en de uitval 21%. De respons mag dus hoog genoemd worden, zeker tegen de achtergrond dat het hier om een betrekkelijk langdurig en zeer persoonlijk interview ging.

De redenen van de uitval waren van uiteenlopende aard wegeringen, tijdgebrek, ziekte en afwezigheid. We hebben deze categorieën niet verder uitgewerkt, omdat wij het niet haalbaar achtten om via een gesprek aan de deur een valide beeld te krijgen van de 'werkelijke' reden voor weigering. In de groep van 68 wegeringen bevonden zich relatief meer mannen, nl. 63% (in de bevolking 53%) en meer mensen van ouder dan 55 jaar, nl. 29% (in de bevolking 22%). We zijn nagegaan of de uiteindelijke steekproef ondanks de uitval haar representativiteit heeft behouden. We hebben daartoe met behulp van de chi-kwadraat-toets berekend of er significante verschillen aanwezig zijn tussen de sociale opbouw van de uiteindelijke steekproef en van de volwassen dorpsbevolking. De representativiteit is getoetst op de volgende kenmerken: sexe, leeftijdsopbouw van mannen en vrouwen apart, burgerlijke staat en politieke voorkeur (zie bijlage 1)¹⁾. Op geen van deze kenmerken konden significante verschillen worden aangetoond. We konkluderen dat de uiteindelijke steekproef representatief is voor de volwassen bevolking van de onderzochte dorpsgemeente.

¹⁾ In deze bijlage zijn tevens enkele andere gegevens over de steekproef opgenomen.

6.7 HET SURVEY-ONDERZOEK BIJ DE BEVOLKING

6.7.1 Vooronderzoek

Van de geplande onderzoeksmethoden was het bevolkingsonderzoek het meest complex en vereiste de ontwikkeling van een aantal nieuwe meetinstrumenten, o.a. over probleem-ervaringen en hulpzoekgedrag. Daarom hebben we een vooronderzoek uitgevoerd.

Het vooronderzoek had verschillende DOELEN. Voor de onderzoekers was het belangrijk ervaring op te doen met het gebruik van survey-methodieken bij een dusdanig persoonlijk onderwerp als psychosociale problematiek. We hebben daarbij gebruik gemaakt van enkele bestaande schalen en zelfontwikkelde meetinstrumenten, van geprecodeerde en open-end vragen. Een cruciale vraag was voor ons met name of de professionele denk- en ervarings-wereld, vanwaaruit het interview is opgesteld, wel voldoende aansluit bij die van de gewone man of vrouw. We hoopten ook een indruk te krijgen van de kwaliteit van de vragen. Dit kon de duidelijkheid van de formulering betreffen, maar ook of de vragen wel relevante informatie opleveren. Verder beoogden we via de open-vragen ten behoeve van het definitieve interview codeerbare antwoordcategorieën op het spoor te komen. Ook de geschiktheid van de interviewstructuur (volgorde van de onderdelen) en de duur van het interview vormden specifieke aandachtspunten bij het vooronderzoek. Tenslotte maakte het vooronderzoek deel uit van de interviewtraining van de interviewers.

De INHOUD van het vooronderzoek zullen we hier niet uitvoerig bespreken, omdat deze nog aan de orde komt in par. 6.7.2 bij de beschrijving van de uiteindelijke meetinstrumenten. Globaal gesteld kwamen de volgende onderwerpen aan de orde: demografische gegevens, sociale kontakten met de directe omgeving, psychosociale problemen, probleem-oplossend gedrag met name hulpzoekgedragingen, kontakten met de huisarts, kennis van, ervaringen met en houding t.o.v. diverse hulpverleningsinstanties, en de sociale normen met betrekking tot hulpzoekgedrag.

Om een zo breed mogelijke ervaring op te doen met de proefinterviews hebben we een zo heterogeen mogelijke groep van RESPONDENTEN samengesteld. De groep omvatte mensen van uiteenlopende leeftijd, sexe, sociaal-ekonomiese achtergrond, zowel uit stad als dorp, en enkele respondenten waren (ex-)klant van de AGGZ-Boxmeer.

De konklusies uit het vooronderzoek. Aan het vooronderzoek hebben uiteindelijk 35 personen meegedaan. Het responspercentage bleek zeer hoog, nl. 92%. Onze ervaringen tijdens het vooronderzoek waren over het algemeen zeer positief. Men was meestal graag bereid om aan het onderzoek deel te nemen en de interviewers kregen een vriendelijk onthaal. De algemene konklusie was dat het inderdaad mogelijk bleek om binnen het kader van een interview een kontakt te ontwikkelen, waarin persoonlijke problemen en hoe men daarmee omgaat bespreekbaar waren. Verder leverde het vooronderzoek vele suggesties op voor de verbetering van het interview en de schriftelijke onderdelen.

Allereerst bleek dat het interview veel te lang duurde. De gemiddelde duur bedroeg 2 uur en 58 minuten. Hoewel de oorzaak hiervan gedeeltelijk gezocht mag worden in de

betrekkelijke onervarenheid van de interviewers, vormde dit toch voldoende reden om tot inkorting van het interview te besluiten. Gestreefd werd naar een gemiddelde duur van 2 uur. Zo zijn er een aantal vragen die niet strikt noodzakelijk waren of die weinig informatie bleken op te leveren uit de vragenlijst verwijderd. De belangrijkste inkorting betrof het besluit om een aantal schriftelijke onderdelen slechts aan de helft van de respondenten voor te leggen. Door de helft van deze lijsten aan respondenten met een even nummer en de andere helft aan respondenten met een oneven nummer voor te leggen, konden alle interviews worden ingekort. Tenslotte konden een aantal vragen die specifiek bedoeld waren voor het vooronderzoek in de definitieve versie worden weggelaten.

Het interview was volgens de meeste interviewers te sterk gestructureerd en er waren te weinig mogelijkheden voor een open gesprek. Gezien de persoonlijke band die bij dit onderwerp noodzakelijk is en gezien de persoonlijke ervaringen welke wij beogen te meten, bleek het strakke karakter van het interview zowel voor de respondent als voor de interviewer storend. Dit gold ook voor het voortdurend afwisselen van mondelinge en schriftelijke vragen. Naar aanleiding van deze ervaringen hebben we in de definitieve versie op belangrijke momenten in het interview een aantal open vragen opgenomen die meer ruimte boden voor een open gesprek. Gezien het belang dat we hechten aan de gekozen volgorde van de verschillende onderdelen (par. 6.7.3) hebben we aan de structuur van het interview geen wezenlijke veranderingen aangebracht. Wel hebben we de schriftelijke onderdelen wat meer in blokken onderverdeeld en de meeste vooral naar het einde van het interview verschoven. Vanuit de universitaire achtergrond bleken nogal wat vragen of termen te abstrakt of te onduidelijk te zijn. Deze zijn vervangen door konkretere termen of met een toelichtend verhaaltje omkleed. Naar onze indruk zijn de vragen hierdoor eenvoudiger en helderder geworden. Het veelgebruikte begrip 'problemen' bleek in het vooronderzoek voor een aantal mensen onduidelijk te zijn en voor andere mensen klonk het nogal zwaar. Het riep dan weerstanden op. We hebben dit begrip daarom allereerst tijdens het interview via eenvoudige taal en konkrete voorbeelden toegelicht. Bovendien hebben we het in de definitieve versie vaak gebruikt in combinatie met andere termen, b.v. 'zorgen en problemen' en 'persoonlijke moeilijkheden en problemen'(bijlage 2).

Samenvattend hebben we op basis van het vooronderzoek zowel het totale interviewklimaat als de kwaliteit van de diverse onderdelen in belangrijke mate kunnen verbeteren.

6.7.2 Variabelen en hun operationalisatie

In hoofdstuk 5 hebben we een theoreties model besproken dat samen met de vraagstellingen en de gekozen onderzoeksstrategie het kader vormt, vanwaaruit we de operationalisaties hebben ontwikkeld. In ons theoreties model hebben we een onderscheid gemaakt tussen:

- demografiese variabelen (achtergrondvariabelen) (par. 6.7.2.1)
- de aanwezigheid, aard en ernst van psychosociale problematiek (par. 6.7.2.2)
- hulpzoekgedragingen en andere vormen van probleemoplossend gedrag (par. 6.7.2.3)
- mediërende variabelen: houdingen, vaardigheden en gedragsgewoonten, subjectieve sociale normen en de beschikbaarheid van ondersteunende kontakten (par. 6.7.2.4)

In deze volgorde zullen we hierna de operationalisaties van de variabelen in het survey-onderzoek bespreken. De uiteindelijke variabelenlijst is te vinden in bijlage 3.

Analyses ten behoeve van de onderstaande operationalisaties zijn uitgevoerd over 252 personen.

6.7.2.1 demografiese variabelen

Het doel van de opname van demografiese variabelen in het onderzoek is drieledig. Allereerst willen we op basis hiervan bevolkingsgroepen in de gemeenschap identificeren en lokaliseren die opvallen door relatief meer psychosociale nood (risikogroepen), respectievelijk door een frekwenter of juist minder frekwent gebruik van informele en professionele hulp. Ten tweede kan uit de voorgaande gegevens informatie worden afgeleid over de aanwezigheid van sociale selectieprocessen tijdens het hulpzoeken. Ten derde bieden deze 'achtergrondvariabelen' informatie over de sociale en materiële kontekst waarbinnen zich de psychosociale nood, respectievelijk het hulpzoekgedrag afspeelt.

De demografiese variabelen die we in ons survey-onderzoek hebben opgenomen kunnen op inhoudelijke gronden in een vijftal groepen worden onderverdeeld: (a) sociaal-ekonomiese kenmerken, (b) de persoonskenmerken sexe en leeftijd, (c) het leefverband en de gezinsfase, (d) allochtoon-autochtoon, en (e) levensbeschouwing. In tabel 6.3 hebben we de hierbij behorende variabelen gespecificeerd.

De eerste groep behoeft enige toelichting. Het is in de sociaal-wetenschappelijke literatuur gebruikelijk voor een aantal van deze variabelen de term 'sociaal-ekonomiese status' te gebruiken. We zijn deze term ook in eerdere hoofdstukken tegengekomen. Deze status-verschillen worden meestal afgeleid uit het opleidings- en beroepsnivo, en de hoogte van het gezinsinkomen. We hebben deze variabelen ook in ons onderzoek gebruikt.

Tabel 6.3 Overzicht van de demografiese variabelen

<u>sociaal-ekonomiese kenmerken</u>	<u>gezins- of leefverband</u>
opleidingsnivo	burgerlijke staat
oefent wel/geen beroep uit (R,K)	aantal kinderen
aard van het beroep (R,K)	aantal kinderen naar leeftijdskategorie:
grootte van het bedrijf (R,K)	(a) 0 - 10, (b) 11 - 17, (c) 18 en ouder
wel geen ploegenarbeid (R,K)	omvang van het huishouden
woon-werkafstand (R,K)	<u>allochtoon-autochtoon</u>
gebruik sociale voorzieningen (R,K)	woonduur in huidige gemeente
wel/geen hoofdkostwinner	geboorteplaats
gezinsinkomen	vorige woonplaats
<u>persoonskenmerken</u>	verhuisfrekwentie
sexe	<u>levensbeschouwing</u>
leeftijd	intensiteit godsdienstige overtuiging
	mate van contact met kerkgenootschap
	politieke voorkeur

Opleiding en beroep werden geoperationaliseerd aan de hand van de Beroepenklapper van het Instituut voor Toegepaste Sociologie (ITS). Hieraan hebben we nog enkele andere indicatoren omtrent de sociaal-ekonomiese leefsituatie toegevoegd, ofwel omdat zij in de literatuur bekend staan als risikofactoren (ploegenarbeid, uitkeringstrekkers), ofwel omdat zij een sterk lokaliserende waarde hebben (grootte van het bedrijf, woon-werkafstand). Zij verwijzen niet noodzakelijk naar het status-aspekt.

In gevallen waar de respondent (R) niet de rol van de kostwinner (K) vervult, zijn voor een aantal onderwerpen de betreffende vragen eveneens gesteld omtrent de situatie van de kostwinner. In die gevallen zijn de antwoorden via onderscheiden variabelen in de analyse opgenomen.

Wanneer we tussen de verschillende demografische variabelen en, bijvoorbeeld, de probleemindicatoren een groot aantal verbanden zouden vinden, dan zouden meerdere van deze verbanden naar een zelfde samenhang kunnen verwijzen. Dit geldt, bijvoorbeeld, voor de variabelen sexe en kostwinnerschap, en voor opleiding en beroep. Zij voegen aan elkaar waarschijnlijk slechts weinig identificerende waarde toe. De vraag is dus of we deze variabelen zouden kunnen reduceren tot een beperkt aantal demografische factoren. Tezamen geven zij dan de belangrijkste dimensies in de bevolkingsopbouw weer.

Over de demografische data¹⁾ is een PRINCIPALE KOMPONENTENANALYSE uitgevoerd met de geschatte communaliteit (gekwadrateerde multiple korrelaties) op de diagonaal. Vervolgens werden op de faktormatrix varimax-rotaties toegepast bij opgave van een wisselend aantal factoren. Bij de interpretatie van de factoren hebben we uitsluitend rekening gehouden met ladingen van .40 en hoger. Bovendien hebben we voor de akseptatie van een faktor een minimale 'eigenwaarde' van 1 aangehouden en minimaal twee variabelen met een lading van minimaal .40. Voorts hebben we de voorkeur gegeven aan een faktoroplossing waarbij zo min mogelijk variabelen op meerdere factoren een hoge lading vertonen en waarbij aan alle factoren een zinvolle interpretatie gegeven kan worden.

Op grond van de inspectie van de ongeroteerde én de geroteerde faktormatrices hebben we voor een vier-faktoroplossing gekozen met varimax-rotatie (bijlage 4). Deze oplossing verklaart 43% van de totale variantie. Enkele variabelen met een zeer scheve verdeling hebben we buiten deze analyse gehouden. De vier factoren laten zich aan de hand van de faktorpolen als volgt beschrijven:

¹⁾ In de analyse werden 19 variabelen opgenomen, welke de demografische positie van de respondent beschrijven. Omdat een faktoranalyse en de berekening van faktorscores een (nagenoeg) gelijke n bij alle variabelen veronderstelt, zijn sommige variabelen geherkodeerd ten behoeve van deze analyse. Het gaat hier met name om enkele variabelen over aspekten van de beroepsuitoefening. De korresponderende vragen zijn alleen gesteld aan degenen die een (betaald) beroep uitoefenen. Aan degenen voor wie dit niet geldt (bijna 40%), is op de betreffende variabelen toch een score toegekend. Bijvoorbeeld, bij de woon-werkafstand kregen degenen zonder (betaald) beroep de score 'verricht het werk thuis.', bij ploegenarbeid 'geen ploegenarbeid' en bij grootte van het bedrijf '0-10 personeelsleden'.

faktor 1: generatie. De faktor onderscheidt aan de ene pool: jongere mensen, ongehuwd, zonder (oudere) kinderen en met weinig of geen godsdienstige binding; aan de andere kant: oudere leeftijdsgroepen, gehuwd, met (oudere) kinderen en een sterke binding aan een godsdienst.

faktor 2: de man-vrouw rol. De faktor onderscheidt mannelijke kostwinners met een betaalde baan, werkzaam buiten de gemeente en vaak in grote bedrijven, van vrouwen zonder betaalde baan, die geen kostwinner zijn en hun dagelijkse arbeid thuis verrichten.

faktor 3: sociaal-ekonomiese status. Tegenover een laag beroeps-, opleidings- en inkomensnivo staat een hoog beroeps-, opleidings- en inkomensnivo.

faktor 4: herkomst en burgerlijke staat. De faktor onderscheidt gehuwden met kleine kinderen en allochtoon van autochtone ongehuwden.

De factoren verklaren resp. 15, 13, 8 en 8% van de variantie.

Hoewel faktor 4 aan alle mathematische criteria voor akseptatie als faktor voldoet, zullen we haar bij de verdere analyse toch buiten beschouwing laten. Ten eerste is de inhoud moeilijk interpreteerbaar en ten tweede verdwijnt deze faktor - in tegenstelling tot de overige - bij de analyses over mannen en vrouwen apart. Ten derde leverde deze faktor geen significante verbanden op met de probleemindikatoren.

Een faktoranalyse op basis van pearson-korrelaties veronderstelt dat de variabelen van intervalnivo zijn en een normale verdeling van skores hebben. Zoals meestal in survey-onderzoek het geval is, gaat dit niet op voor alle demografiese variabelen. Een aantal zijn van nominale of ordinale aard. We komen op dit probleem van de meetnivo's in paragraaf 6.10 nog uitvoeriger terug. We zijn hier van de veronderstelling uitgegaan dat de hierdoor ontstane afwijkingen en interpretatieproblemen slechts van beperkte aard zijn. We hebben op de bovenstaande resultaten een controle toegepast door alle variabelen te dichotomiseren en hierover een korrelatiematrix van TETRACHORIESE KORRELATIES te berekenen. Hierover is met behulp van het programma ITEMA een principale komponenten-analyse uitgevoerd met de hoogst voorkomende korrelatie-koëfficiënt op de diagonaal en opgave van vier factoren. Zoals we in bijlage 4 zien, is deze faktoroplossing, wanneer we afgaan op de hoogst ladende variabelen, nagenoeg identiek aan de eerder beschreven faktoroplossing. We nemen daarom aan dat het gebruik van ordinale en dichotome variabelen in dit geval geen duidelijke problemen oplevert bij een faktoranalyse op basis van pearson-korrelaties.

Analyses over mannen en vrouwen apart. We hebben deze aparte analyses uitgevoerd omdat de sociale positie van de vrouw zeker in een plattelandsgemeenschap sterk verschilt van die van de man. We verwachten daarom dat de demografiese variabelen bij vrouwen een andere onderlinge samenhang vertonen dan bij mannen. Een bekend voorbeeld is dat het opleidingsnivo bij mannen in onze samenleving veel sterker tot een korresponderend beroep en inkomen zal leiden dan bij vrouwen. De resultaten laten inderdaad verschillen zien in de faktorstruktuur tussen de beide sexen(bijlage 4). Rekening houdend met de eerder genoemde criteria vonden we zowel bij mannen als bij vrouwen nu slechts 3 factoren. De eerste en de laatste komen sterk overeen met de hiervoor beschreven factoren 'generatie' en 'sociaal-ekonomiese status'. De faktor 'man-vrouw rol' is verdwenen en heeft zowel

bij mannen als bij vrouwen plaats gemaakt voor een nadere specificatie van de aard van hun rol; bij mannen vooral aan de hand van werkgerelateerde indicatoren, bij vrouwen via het al dan niet vervullen van de rol van de huisvrouw. We geven hieronder een omschrijving van deze sexe-specifieke factoren.

MANNEN (n=134)

Generatie: jongere mannen, ongehuwd, zonder (oudere) kinderen en geen hoofdkostwinner, worden geplaatst tegenover gehuwde mannen uit oudere leeftijdsgroepen, met (oudere) kinderen en tevens kostwinner.

Rol van de werkende man: mannen die een beroep uitoefenen, meestal in grote bedrijven elders in de streek, met kleine kinderen en weinig of geen religieuze binding tegenover mannen die geen beroep uitoefenen, zonder kleine kinderen en met een sterke religieuze binding.

Sociaal-ekonomiese status: (identiek aan faktor 3 bij gehele steekproef).

verklaarde varianties: 17, 14 en 10%

VROUWEN (n=118)

Generatie: jongere vrouwen met geen of één kind, weinig of geen religieuze binding, een progressieve politieke voorkeur en een hoger opleidingsnivo, tegenover oudere vrouwen met (oudere) kinderen, een lager opleidingsnivo, een sterke religieuze binding en geen progressieve politieke voorkeur.

Rol van de huisvrouw: gehuwde vrouwen met vooral kleine kinderen, zonder betaalde baan en met een lager opleidingsnivo tegenover ongehuwde vrouwen, buiten de gemeente werkend en met een hoger opleidingsnivo.

Sociaal-ekonomiese status: vrouwen uit hogere inkomensgroepen, met een hogere beroepsstatus van henzelf of hun partner, en allochtoon tegenover vrouwen uit lagere inkomensgroepen, met een lagere beroepsstatus en autochtoon.

20, 11 en 9%

Bij onze verdere analyse zullen we uitgaan van de oorspronkelijke demografische factoren; wanneer problemen en hulpzoekgedrag apart geanalyseerd worden voor mannen en vrouwen, zullen we van deze sexe-specifieke factoren gebruik maken.

6.7.2.2 variabelen met betrekking tot psychosociale problematiek

Sinds het begin van de zestiger jaren zijn er diverse methoden ontwikkeld om de ware prevalentie van psychosociale stoornissen te meten via direkte contacten met de bevolking in de vorm van interviews of enquêtes. In een overzicht bespreekt Goldberg (1972) achtereenvolgens ongestructureerde en gestructureerde interviews door een psychiater, interviews door getrainde onderzoeksassistenten met een beoordeling door een psychiater achteraf, en het gebruik van gevalideerde en volledig voorgestructureerde interviews of schalen. In een epidemiologische studie binnen een Nederlands dorpsgemeenschap, vergelijkbaar met de onze, hebben Giel en LeNobel (1971) de eerste methode gebruikt.

In ons onderzoek hebben we echter voor het gebruik van schriftelijke vragenlijsten gekozen, omdat het weinig tijdsintensief is, wij geen psychiater ter beschikking hadden, de resultaten beter kwantificeerbaar zijn en daardoor vergelijkbaar met ander onderzoek. Bovendien kunnen er bij de betrouwbaarheid van de diagnose door een enkele psychiater grote vraagtekens geplaatst worden (Rooymans, 1969; Nijhof, 1978). Ook aan het gebruik van schalen zijn methodologische problemen verbonden zoals de gevoeligheid voor responsset,

sociale wenselijkheid en onvoldoende gegevens over de validiteit. In de Engelstalige literatuur zijn inmiddels een aantal van dergelijke schalen voor epidemiologies onderzoek voorhanden, zoals o.a. de Langner 22-itemschaal, Health Opinion Survey (HOS), General Health Questionnaire (GHQ) en de Cornell Medical Inventory (CMI) (Goldberg, 1975; Appels, 1975, pag. 153).

De epidemiologie van de psychosociale stoornissen heeft in ons land een veel kortere geschiedenis en de keuze uit de thans beschikbare indicatoren is dan ook nog beperkt. Daar komt nog als extra probleem bij, dat in de epidemiologische bevolkingsstudies welke de afgelopen jaren in ons land zijn uitgevoerd (b.v. Offerhaus et al., 1978; Nijhof, 1979; Ormel, 1980) zeer uiteenlopende meetinstrumenten zijn gebruikt. Dit maakt hun onderlinge vergelijkbaarheid extra moeilijk en biedt geen basis voor de cross-validatie van deze meetinstrumenten.

Bij de SELEKTIE VAN PROBLEEMINDIKATOREN voor ons survey-onderzoek hebben we rekening gehouden met inhoudelijke, meettechnische en praktische overwegingen. Het instrumentarium diende aan de volgende criteria te voldoen:

- a. een indicatie te geven over het voorkomen (ware prevalentie) van psychosociale problemen, resp. stoornissen onder de bevolking, zowel in termen van tijdstip-prevalentie als jaar-prevalentie
- b. zowel inzicht te geven in de aanwezigheid en de ernst van de psychosociale problemen, resp. stoornissen als geheel (globaal beeld) als indicaties voor de aard van de problematiek
- c. een indicatie te geven van de subjectieve probleembeleving bij de respondent alsook gevoelig te zijn voor de aanwezigheid van symptomen van psychosociale stoornissen, ongeacht of deze al dan niet gepaard gaan met subjectieve probleembelevingen
- d. een zo laag mogelijke drempel te bieden voor het presenteren van problemen en symptomen; gemakkelijk in te vullen en kort van afname-duur
- e. betrouwbaar en valide als groepsdiagnostikum

Veel van de oudere epidemiologische studies hebben slechts één schaal in hun onderzoek gebruikt om de aanwezigheid van psychosociale stoornissen te meten. Overeenkomstig de meer recente opvattingen in epidemiologies onderzoek hebben we gekozen voor een MULTI-INDIKATORENBENADERING. We hebben hierin de volgende indicatoren opgenomen:

- de VOEG (Vragenlijst Over Ervaren Gezondheid)
- de DV (Delftse Vragenlijst)
- de BIOPRO (een inventarisatielijst van levensproblemen)
- een tweetal mono-responsvragen omtrent de totaalindruk over de aanwezigheid van psychosociale problemen

Elders zijn we uitvoeriger ingegaan op de achtergronden van deze indicatoren, hun betrouwbaarheid en validiteit, en het onderzoek dat we hiernaar verricht hebben (Van Knippenberg-Romeijn, 1981; Hosman, 1981). In het onderstaande beperken we ons tot de

belangrijkste konklusies. Voorts verwijzen we naar opmerkingen in par. 6.7.3 en 6.7.4 omtrent de validiteit van deze meetinstrumenten, voorzover deze afhankelijk is van de interne en externe interviewsituatie. We hebben aan dit validiteitsaspect in ons onderzoek extra aandacht besteed.

VOEG

Dit meetinstrument is in een industriële setting ontwikkeld om na te gaan in welke mate een werksituatie een stresserende invloed heeft op het lichamelijke en geestelijke welzijn (Dirken, 1969). Sindsdien heeft het een veel breder gebruik gekregen als een indikator voor de aanwezigheid van lichamelijke reacties op stress (Cassee, 1973; SCR, 1974, 1976, 1978, 1980; Nijhof, 1979). Een hoge score verwijst zowel naar de aanwezigheid van stress-situaties als naar de neiging van een persoon om hierop - althans sub-jektief - met lichamelijke klachten te reageren. We zouden dus ook kunnen spreken van ervaren klachten van psychosomatische aard. De somatische invalshoek is een belangrijk voordeel van de VOEG. Op grond hiervan mag worden verondersteld, dat zij in staat is ook die probleemgevallen te identificeren, die via andere probleemindikatoren onontdekt blijven, omdat de betrokkene het moeilijk vindt rechtstreeks voor zijn of haar persoonlijke problemen uit te komen. De VOEG bezit daardoor waarschijnlijk een lagere signaleringsdrempel.

In ons onderzoek hebben we overeenkomstig de aanwijzingen van Dirken en overeenkomstig de hiervoor vermelde studies gebruik gemaakt van de verkorte versie van de VOEG (21 items). Door de inkorting zou er volgens Dirken (1969, pag. 144) geen vermindering in de validiteit optreden.

Interne consistentie. Aangezien de VOEG gekonstrueerd werd op basis van de antwoorden van industrie-arbeiders hebben we via eenzelfde klusteranalyse, als Dirken heeft gebruikt, de schaal opnieuw geanalyseerd (bijlage 5). Wanneer we als ondergrens een lading, d.w.z. een correlatie met de somscore, van .20 aanhouden blijken alle items in het cluster te worden opgenomen. De gemiddelde correlatie met de somscore is .42. Dit vormt een bevestiging van de resultaten van Dirken.

Voor de gehele VOEG vond Dirken een homogeniteitscoëfficiënt (KR-20) van .91. Nijhof (1979) rapporteert .87 over de verkorte versie, afgenomen bij 1612 personen uit de lagere en lagere-midden SES-groepen. In ons onderzoek, waarin we in tegenstelling tot de hiervoor genoemde studies ook vrouwen en personen boven de 65 jaar opgenomen hebben, vinden we een KR-20 van .77. Er is wat dit betreft geen verschil tussen de categorie mannen en de categorie vrouwen (.78 en .77). Deze interne consistentie is weliswaar voldoende hoog, maar iets lager dan in de andere situaties.

Validiteit. Allereerst biedt Dirken duidelijke aanwijzingen voor soortgenootvaliditeit, met name met de NS-score van de ABV. Toetsingen van de 'construct validity' tonen aan, dat de VOEG-score - overeenkomstig met de theorie - beïnvloed wordt door situatie-gebonden (fysieke) stressoren. Ook Nijhof (1979) vond een groot aantal verbanden met uiteenlopende stressoren en deprivatie. Zo verklaarden een aantal stress-variabelen in de woonsituatie reeds 20% van de variantie in de VOEG. Voorts zijn er significante rela-

ties gevonden met werksatisfactie, sexe, opleidingsnivo en de frekwentie van het doktersbezoek (Cassee, 1973; CBS, 1974, 1978; Nijhof, 1979). De werksatisfactie hebben we in ons onderzoek niet onderzocht; met de overige variabelen had de VOEG ook in ons onderzoek een signifikant verband, zoals we in de volgende hoofdstukken nog zullen aantonen.

Het gebruik van somatische klachten in de VOEG levert het risico op dat de VOEG-skore vertekend wordt door de aanwezigheid van objectief aantoonbare aandoeningen van niet-psycho-somatische aard. Noch bij Dirken, noch bij Cassee zijn aanwijzingen te vinden voor een dergelijke vertekening. In ons onderzoek vonden we echter wel een positief verband met de presentatie van klachten aan de huisarts, die door deze als strikt somaties werden beschouwd. Elders hebben we beargumenteerd, waarom dit geen ontkenning hoeft in te houden van de validiteit van de stress-interpretatie van de VOEG (Hosman, 1981).

We menen op grond van het voorgaande dat de VOEG als een betrouwbaar en valide meet-instrument mag worden beschouwd.

Delftse Vragenlijst (DV)

De DV werd door Appels (1974, 1975) ontwikkeld om onder studenten vroegtijdig de aanwezigheid van 'psychische problemen' te kunnen ontdekken. Het initiatief kwam van een aantal studentartsen, die vaak gekonfronteerd werden met klachten zonder aantoonbare lichamelijke oorzaken. Naar hun indruk werd voor veel psychische problematiek geen hulp gezocht of bleef deze problematiek althans in het contact met artsen onbesproken. De achtergrond van de DV sluit dus nauw aan bij het thema van ons onderzoek, nl. het ijsbergfenomeen.

Aanvankelijk beoogde de onderzoeker een unidimensionele schaal te ontwikkelen, indicatief voor de aanwezigheid van psychische problematiek waarbij professionele hulp raadzaam zou zijn, zonder daarbij de preciese aard van de problematiek te specificeren ('general maladjustment'). De resultaten van zijn validiteitsonderzoek geven echter aan, dat de uiteindelijke schaal gezien kan worden als neuroticisme-index. Wat zij meet kan omschreven worden als: algemene labiliteit, zenuwachtigheid, overgevoeligheid, een depressieve stemming en de geneigdheid om in stress-situaties met een nerveuze 'breakdown' te reageren. Zij blijkt ook indicatief voor de aanwezigheid van een crisissituatie die gemakkelijk tot psychies dysfunctioneren kan leiden (Appels, 1975). De term 'neuroticisme' wekt de indruk dat het hier puur en alleen om een min of meer stabiele persoonlijkheidstrekk zou gaan. De DV lijkt echter ook gevoeligheid te bezitten om tijdelijke, situatiegebonden reacties op stress te meten (Nijhof, 1979)¹). Zo vonden ook Arrindell et al. (1980)²) een duidelijk verband met het werkeloos zijn. Wij spreken dan ook liever over de DV als een maat voor de aanwezigheid van psychoneurotische symptomen of klachten.

¹) Hoewel de studies van Nijhof (1979) en van Arrindell et al. (1980) geen rol gespeeld hebben bij de opzet van het onderzoek en de keuze voor het gebruik van de Delftse Vragenlijst, bespreken we deze studies hier toch omdat ze waardevolle informatie bevatten op grond waarvan achteraf meer duidelijkheid is ontstaan over de schaalkenmerken van de Delftse Vragenlijst.

De DV is een korte, handzame, snel af te nemen en te verwerken vragenlijst. Zij bestaat uit 33 items, onder meer ontleend aan de MMPI en de ABV. De belangrijkste gegevens over de betrouwbaarheid en validiteit zijn te vinden in de eerder genoemde studies van Appels en van Arrindell et al. Deze laatste publikatie is gebaseerd op 3 afzonderlijke studies.

Interne consistentie. In beide publikaties is op basis van kluster- en faktoranalyse aangetoond dat we te doen hebben met een unidimensionale schaal. Gezien de beperkte ervaring die in ons land met dit instrument is opgedaan, hebben ook wij schaalanalyses op de data uitgevoerd (bijlage 6). De iteratieve klusteranalyse en de faktoranalyse bevestigden beide het unidimensionele karakter. Dit bleek eveneens het geval bij de uitvoering van deze analyses voor mannen en vrouwen apart. Hoewel enkele items het wat minder deden (faktorladingen tussen .24 en .37), hebben we omwille van de vergelijkbaarheid met ander onderzoek toch besloten uit te gaan van de somscore over alle 33 items. De KR-20 bleek in ons onderzoek betrekkelijk hoog, nl. .88, en daarmee vrijwel identiek aan wat in eerdere studies van Appels, Arrindell en Nijhof is gevonden (.87 - .90).

Validiteit. Zowel uit de studie van Appels, van Nijhof, als van Arrindell et al. blijkt dat de DV een hoge samenhang vertoont met soortgenoten of verwante probleemindikatoren, en met oordeel van een psychiater. Phobici scoorden tweemaal zo hoog op de DV als 'normalen'. Wat de 'construct validity' betreft, wezen we eerder al op de relaties met stresserende omstandigheden. Ook wij vonden hogere scores bij uitkeringstrekkers en ploegenarbeiders (r is resp. .12 en .14, $p < .05$). Het belangrijkste validiteitskriterium is het duidelijke verband, dat in al deze studies is aangetoond zowel met de subjectieve behoefte aan professionele hulp als met diverse indicatoren voor het feitelijk gebruik van dergelijke hulp. Voorts vonden zij hogere scores bij jongeren, vrouwen en personen met een lager beroepsnivo. Dit bleek ook in ons onderzoek het geval (zie hoofdstuk 7).

Arrindell et al. konkluderen uit hun bespreking van de DV, dat deze test in epidemiologische studies betrouwbaar en valide is. Wij ondersteunen deze konklusie.

Hoewel de DV strikt genomen een indicatie biedt voor de aanwezigheid van psychische problemen ten tijde van de interviewdatum (tijdstip-prevalentie) mag uit de onderzoeksresultaten van Appels afgeleid worden, dat de testscore voor een periode van minstens 5 maanden redelijk stabiel is (.76). Over langere perioden (2 à 3 jaar) blijkt deze stabiliteit beduidend lager. Voor ons betekent dit dat de DV ook enige indicatie biedt voor ernstige psychische problematiek in de maanden voorafgaande aan het interview. Dit vergroot de mogelijk 'prediktieve' betekenis van dit meetinstrument voor het hulpzoekgedrag in 'het afgelopen jaar'.

De DV is om interviewtechnische redenen (par. 6.7.1) slechts aan de helft van de steekproef voorgelegd. In verband met verdere analyses was het echter wenselijk om voor de gehele steekproef over een DV-skore te kunnen beschikken. We hebben daarom voor de ontbrekende helft een schatting gemaakt van hun DV-skore op basis van een multiple regressie-vergelijking, afgeleid uit de relaties tussen DV en andere probleemindikatoren, resp. enkele persoonskenmerken bij de 'aanwezige helft' (Hosman, 1981; zie ook bijlage 6).

We hebben overwogen om de ABV in plaats van de DV en de VOEG in ons onderzoek op te nemen. De beide meetinstrumenten zijn nauw verwant aan de N- en de NS-schaal van de ABV. Om de volgende redenen hebben we toch voor de combinatie DV/VOEG gekozen. Ten eerste

lijken zij een grotere gevoeligheid te bezitten voor stoornissen ten gevolge van tijdelijke probleemsituaties en dus niet alleen duurzame persoonlijkheidskenmerken te weer spiegelen. Ten tweede vormt de lengte van de ABV een probleem voor ons onderzoek, waarin we genoodzaakt waren zo spaarzaam mogelijk met de tijd om te gaan en een lange lijst storend werkt in het interview. DV en VEOG kunnen afzonderlijk worden gebruikt en bevatten samen slechts de helft van het aantal items van de ABV. Ook Arrindell et al. kwamen tot de konklusie dat de DV als vragenlijst in epidemiologies onderzoek beter geschikt is dan de ABV.

BIOPRO

De hiervoor besproken schalen zou men kunnen karakteriseren als symptoomschalen. Zij testen de aanwezigheid van gedragingen en belevingen, waarvan op basis van theorie en onderzoek verondersteld mag worden, dat zij 'symptomatics' zijn voor de aanwezigheid van psychosomatische, respektievelijk psychoneurotische stoornissen. De aanwezigheid van symptomen impliceert echter nog geen 'probleemervaring', althans niet noodzakelijk. We wilden daarom een aparte maat hebben voor de aanwezigheid van probleembelevingen, zowel naar aard als ernst.

We hebben allereerst gedacht aan de Mooney Problem Checklist (Mooney and Gordon, 1950¹⁾). Deze lijst bevat 330 items verdeeld over 11 à priori vastgestelde probleemgebieden. Ook hier vormde de lengte een onoverkomelijk nadeel. Diekstra et al. (1977) hebben mede op basis van deze lijst een verkorte versie, de zogenoemde BIOPRO, ontwikkeld en toegepast in een landelijk onderzoek over suïcidaal gedrag. Bij ieder van de in totaal 15 probleemgebieden (b.v. wonen, uzelf, relatie met de partner) wordt rechtstreeks naar de mate van probleembeleving gevraagd. Ter konkretisering zijn bij ieder probleemgebied enkele voorbeelden gegeven.

In de Diekstra-versie wordt bij ieder item gevraagd of men er 'vroeger ooit' problemen mee gehad heeft. Wij hebben deze tijdsaanduiding veranderd in 'het afgelopen jaar'. We verwachten dat deze verandering de betrouwbaarheid en validiteit aanmerkelijk zal verhogen. Men zal zich problemen uit het recente verleden immers eerder en precieser herinneren dan problemen uit het verre verleden. Voorts hebben we de lijst aangevuld met enkele probleemgebieden, die er naar onze opvatting aan ontbraken. Op basis van het vooronderzoek bleken slechts geringe wijzigingen in de aard en de formulering van de probleemgebieden noodzakelijk. De uiteindelijke schaal omvat 20 items, i.c. probleemgebieden²). Voorbeelden van de konkrete formulering zijn te vinden in bijlage 7. De scoring per item is als volgt: (0) geen problemen, (1) enigszins, (2) nogal en (3) ernstig. De scores worden over de items opgeteld. De gemiddelde BIOPRO-SOM was 5.57 en de standaarddeviatie 5.36.

¹⁾ Geciteerd in M. Groen en J.J. Smit. Problemen van adolescenten op enkele middelbare scholen. Een uitgave van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde (1970). Hierin is een Nederlandse Vertaling opgenomen van de Mooney Problem Checklist door J. Gooyen.

²⁾ Een overzicht van deze probleemgebieden is te vinden in paragraaf 7.

Betrouwbaarheid en validiteit. Het is gebruikelijk bij de konstruktie van een test met meerdere items de unidimensionaliteit en de interne consistentie ervan te onderzoeken. Verondersteld wordt, dat ieder item bij benadering hetzelfde meet en het gebruik van een groot aantal items het verstorende effect van de afzonderlijke meetfouten minimaliseert. Bij de BIOPRO gaan we echter niet van een dergelijke veronderstelling uit. Het is theoretisch mogelijk en zelfs aannemelijk dat verschillende typen problemen onafhankelijk van elkaar optreden. Zo doen problemen met 'studie en opleiding' zich vaak onafhankelijk voor van problemen met het 'ouder worden'. Wanneer zich door een samenloop van omstandigheden een groot aantal problemen tegelijk voordoet, achten we de totale probleemsituatie ernstiger. Om deze reden gaan we bij de BIOPRO uit van een additief model. Ondersteuning voor deze veronderstelling vinden we bij Andrews en Withey (1976). In een aantal omvangrijke surveys onderzochten zij de opvattingen van Amerikanen over hun welzijn. Zij konkluderen (pag. 148) dat het totaalbeeld, dat mensen van hun welzijn vormen, zich volgens een additief model voltrekt. Mensen tellen eenvoudig hun vreugden en zorgen op de verschillende terreinen bij elkaar op.

Het is overigens niet ondenkbaar, dat het ene probleem het andere oproept. Problemen op het werk kunnen spanningen in de thuissituatie oproepen en omgekeerd. Vervolgens kunnen meerdere problemen een gemeenschappelijke oorzaak hebben. Het overlijden van de partner kan tegelijkertijd tot problemen met de gezondheid, het werk, seksualiteit en gevoelens van eenzaamheid leiden. Hoewel een interne samenhang voor de BIOPRO geen vereiste is, hebben we toch een faktoranalyse uitgevoerd om na te gaan of bepaalde problemen zich groeperen in gemeenschappelijke factoren (bijlage 8).

De ongeroteerde, principale componentenanalyse met de geschatte communaliteit op de diagonaal brengt slechts één gemeenschappelijke probleemfaktor aan het licht. Deze verklaart 20% van de variantie en dekt bijna driekwart van de variantie, die door een driefactorenoplossing wordt verklaard. Van de 20 probleemgebieden hebben er 12 een lading van .40 en hoger, respectievelijk 16 een lading van .30 en hoger. Ook varimax-rotaties bleken niet in staat een beperkt aantal onafhankelijke probleemklusters te onderscheiden.

We KONKLUDEREN dat er slechts van één algemene probleemfaktor sprake is. Deze geeft aan, in welke mate respondenten - gedurende de loop van een jaar - problemen hebben ervaren. Bij deze 'mate' tellen zowel het aantal problemen mee, alsook de subjectieve ernst ervan. Op grond van hiervoor genoemde argumenten (additiviteit), zullen we de BIOPRO-SOM baseren op een sommatie over alle items in de lijst. De KR-20 hierover is betrekkelijk hoog, nl. .80.

Met het oog op het onderzoek naar de invloed van de aard van de problematiek op de wijze van hulpzoeken, hebben we uit de BIOPRO op a priori basis een tweetal subschalen afgeleid: de BIOPRO-RELATIONEEL en de BIOPRO-STRUKTUREEL. In de eerste schaal zijn alleen items opgenomen welke verwijzen naar relationele problematiek: problemen met ouders, partner, kinderen, andere belangrijke personen, anderen in het algemeen, seksualiteit en eenzaamheid. De tweede schaal omvat problemen die een sterker sociaal-maatschappelijk karakter hebben: problemen met financiën, wonen, studie of opleiding, baan of werk, ontplooiingsmogelijkheden, veranderingen in de maatschappij en de leefsituatie in het dorp. De onderlinge relatie tussen de BIOPRO-RELATIONEEL en -STRUKTUREEL is .56. Ook dit gegeven onderstreept nog eens de onderlinge relatie tussen problemen van uiteenlopende aard.

In het interview werd op problemen, welke in de BIOPRO als 'nogal' of 'ernstig' waren aangekruist, uitvoeriger doorgevraagd (tot een maximum van drie problemen). Gevraagd werd naar de tijdsperiode waarin men met het probleem te kampen had, of men er 'nu' nog last van heeft, hoe hinderlijk het in het dagelijks leven was, wat men aan het probleem gedaan heeft of binnenkort van plan is te doen. Hieruit zijn nog twee andere probleem-maten afgeleid:

BIOPRO-HINDER: de mate waarin men in het afgelopen jaar in het dagelijks leven hinder ondervonden heeft van deze problemen.

BIOPRO-NU : het aantal problemen (nogal, ernstig) waarvan men ten tijde van het interview nog steeds last heeft.

De gemiddelden, standaarddeviaties en antwoordranges zijn te vinden in bijlage 9.

De mono-respons indicatoren: ALG-PROB-JAAR en ALG-PROB-NU

Tenslotte hebben we aan de respondent zelf gevraagd een soort totaalindruk te geven van de mate waarin ze in 'het afgelopen jaar', respectievelijk 'nu of de laatste week' problemen of persoonlijke moeilijkheden hebben gehad. We zullen deze indicatoren omschrijven als 'algemene probleemervaring afgelopen jaar' (ALG-PROB-JAAR) en 'algemene probleemervaring op dit moment' (ALG-PROB-NU). De antwoordcategorieën waren: zwaar in de problemen, nogal wat problemen, wel wat problemen maar niet ernstig, eigenlijk weinig problemen en totaal geen problemen.

Betrouwbaarheid en validiteit. In tegenstelling tot bij de eerder besproken probleem-indicatoren gaat het hier om zogenoemde mono-respons indicatoren, d.w.z. de eindscore is slechts gebaseerd op het antwoord op één vraag. Het voordeel van de beide indicatoren is hun korte afname-duur en de mogelijkheid voor de respondent zelf een subjectieve totaalindruk te geven op basis van alle probleemervaringen. Om de signaaldrempel te verlagen zijn de vragen weliswaar mondeling gesteld, maar geschiedde de beantwoording schriftelijk.

Volgens de testtheorie (Drenth, 1975, pag. 226) is het nadeel van een dergelijke enkelvoudige indikator, dat het aandeel van de meetfout in de eindscore groter is dan bij een schaal. Daar heffen de meetfouten op de verschillende items elkaar als het ware op. Een mono-respons indikator is daarom per definitie onbetrouwbaarder. Dit hoeft echter geen onoverkomelijk bezwaar te zijn wanneer validiteitsonderzoek positieve resultaten oplevert. In een eerdere studie binnen ons projekt (Corstjens, 1976) en ook in het vooronderzoek hebben we deze mono-responsindicatoren gebruikt tezamen met eerder besproken probleemindicatoren. We vonden korrelaties variërend tussen .34 en .74 met de Mooney Problem Checklist (Student Form), de VOG, de DV en de BIOPRO-SOM (Hosman, 1981). Bovendien werden zeer significante associaties gevonden met het hulpzoekgedrag in het recente verleden en het voornemen tot hulpzoeken. We beschouwen deze resultaten als een ondersteuning van de validiteit van de beide mono-respons indicatoren, hoewel de scores erg gevoelig blijven voor meetfouten. De frekwentie-verdelingen worden besproken in hoofdstuk 7.

Teneinde het nadeel van een mono-respons indikator te verkleinen en voor bepaalde analyses het aantal variabelen te kunnen beperken, hebben we van beide indicatoren tevens één samengestelde indikator gemaakt: ALG-PROB. Hierbij werd de ALG-PROB-JAAR via de

ALG-PROB-NU gekorrigeerd. Omdat 'problemen nu' tevens binnen het 'afgelopen jaar' vallen kan de ALG-PROB gezien worden als een gekorrigeerde totaal-indruk over het afgelopen jaar.

Direkt voorafgaande aan de BIOPRO hebben we de respondent gevraagd (open vraagvorm) aan de hand van een levenslijn van het afgelopen jaar een schets te geven van de BELANG-RIJKSTE GEBEURTENISSEN (b.v. huwelijk van de dochter, een examen, een opname in het ziekenhuis, verhuizing). Hieraan hebben we de vraag gekoppeld of de respondent het daarmee 'moeilijk' of 'erg moeilijk' heeft gehad. De oorspronkelijke ideeën voor deze vragen waren ontleend aan de literatuur over 'stressful life events' (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974). Het open karakter van de vraag beschouwen we achteraf als een onvoldoende garantie voor validiteit. We hebben de som van het aantal als '(erg) moeilijk' ervaren gebeurtenissen gerelateerd aan de overige probleemindikatoren. De gemiddelde korrelatie met de andere probleemindikatoren bedroeg .17 hetgeen we als te laag beschouwen. Bovendien wordt er in de literatuur over 'stressful life events' tegenwoordig van gevalideerde checklijsten uitgegaan. We hebben daarom besloten deze indikator niet in de verdere analyse te betrekken.

GLOBALE PROBLEEM-INDEX

De hiervoor besproken probleemindikatoren worden ieder afzonderlijk in de verdere analyse opgenomen. Dit biedt de mogelijkheid om bijvoorbeeld apart de achtergronden van psychosomatische symptomen te bestuderen, dan wel de relatie tussen de aard van de problemen of symptomen en de richting van het hulpzoekgedrag. Onze strategie van de multi-indikator benadering heeft uiteindelijk echter de combinatie van de afzonderlijke indicatoren tot één globale probleemindex tot doel. Deze index zou (a) de relatieve verschillen tussen individuen moeten kunnen aangeven voor wat betreft de aanwezigheid en de ernst van psychosociale problemen, en (b) de mogelijkheid moeten bieden om binnen de steekproef diverse subgroepen te onderscheiden al naargelang hun positie op het continuüm tussen de totale afwezigheid van psychosociale problematiek en de aanwezigheid van zeer ernstige vormen van psychosociale problematiek. Psychosociale nood, respektievelijk stoornissen worden geacht te vallen onder de zeer ernstige vormen van psychosociale problematiek (zie ook par. 2.3.3). Op de mogelijkheid om voor de afsplitsing van deze groep een specifiek snijpunt te bepalen op de probleem-index respektievelijk op een van de probleemindikatoren, komen we in hoofdstuk 7 nog terug.

Globaal genomen zou men kunnen zeggen dat alle gebruikte probleemindikatoren de aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen trachten te signaleren. Langs verschillende methoden is geprobeerd fenomenen te meten, die verondersteld worden tot eenzelfde verzameling te behoren. Op grond hiervan verwachten we, dat alle indicatoren met elkaar samenhangen. Anderzijds meten de verschillende indicatoren verschillende aspecten en uitingvormen binnen deze verzameling. Dat is ook juist de reden, waarom we meerdere indicatoren in het onderzoek hebben opgenomen. Er is dan ook geen sprake van 'soortgenoten' in de meest strikte zin van het woord. Onderlinge korrelaties verwijzen eerder naar construct

validity'dan naar soortgenoot-validiteit. We verwachten dus weliswaar sterke, maar niet al te hoge onderlinge verbanden, welke bij faktoranalyse in één globale probleemfaktor zullen resulteren.

De principale componentenanalyse met de geschatte communaliteit op de diagonaal levert één duidelijke probleemfaktor op met hoge ladingen voor alle indicatoren (tabel 6.4). De faktor verklaart 44% van de variantie. Als GLOBALE PROBLEEMINDEX gebruiken we de op deze faktor gebaseerde faktorscores.

De VOEG, die hier relatief de laagste lading heeft, bleek bij een meer-factorenoplossing geen hogere ladingen op andere potentiële factoren te vertonen. Deze wat lagere lading van de VOEG betekent wel, dat er bij deze indikator voor psychosomatische reacties een grotere kans bestaat op verbanden met b.v. demografiese of gedragsvariabelen, welke afwijken van verbanden op basis van de overige probleemindicatoren.

Tabel 6.4 Faktorladingen van de probleemindicatoren¹⁾ op de globale probleem-index.

Eerste ongeroteerde faktor van de principale componentenanalyse		
VOEG	.448	
DELFTSE VRAGENLIJST	.729	
BIOPRO	.847	
BIOPRO-HINDER	.711	
ALG-PROB-JAAR	.608	
ALG-PROB-NU	.553	verklaarde variantie: 44%

¹⁾ De BIOPRO-NU is niet in deze analyse opgenomen omdat anders de verschillende BIOPRO-indicatoren een te zwaar overwicht in de analyse zouden krijgen.

6.7.2.3 hulpzoekgedragingen

Een ideale maat voor het hulpzoekgedrag (HZ) zou de registratie van de hulpkontakten vereisen bij alle potentiële hulpverleners, waarop de respondenten een beroep gedaan zouden kunnen hebben, en wel over een periode van enkele maanden na het tijdstip van het bevolkingsinterview. Dit zou zowel een 'harde' gedragsmaat opleveren alsook een prospectief onderzoek mogelijk maken. Om diverse redenen bleek dit echter niet uitvoerbaar, zoals we eerder hebben toegelicht. Een uitzondering hierop vormt het contact met de huisarts, gedurende het jaar voorafgaande aan het tijdstip van het interview (par. 6.8). In het bevolkingsonderzoek hebben we daarom moeten volstaan met zelfrapportages over het hulpzoekgedrag in het recente en wat verdere verleden.

We hebben het hulpzoekgedrag gemeten via meerdere instrumenten verspreid door het gehele interview:

- HZ-inventarisatie (twee open-end vragen)
- een vraag over 'voor zich houden' of 'hulpzoeken' in het algemeen
- HZ-richting (schriftelijk onderdeel)
- HZ-volgorde (via aanbidding van kaartjes)
- KONTAKT-lijst (schriftelijk onderdeel + mondelinge vragen)
- KONTAKT-huisarts (mondelinge vraag)
- HZ-BIOPRO (mondelinge vragen n.a.v. BIOPRO-beantwoording)

Deze instrumenten verschillen onderling op de volgende twee aspecten: een inhoudelijk aspect en een tijdsaspect. Het inhoudelijk aspect laat zich onderscheiden in de vraag of er wel of geen hulp gezocht is, de richting van het hulpzoeken en de volgorde waarin van diverse hulpverleningsmogelijkheden gebruik gemaakt wordt. Het tijdsaspect betreft de periode waarover het hulpzoekgedrag wordt gemeten: de laatste 10 jaar, het laatste jaar en het voornemen tot hulpzoeken in de komende maand. Het is dit tijdsaspect dat het operationele onderscheid vormt tussen onze theoretische variabelen 'hulpzoekgedrag' en 'hulpzoekgewoonten'. Alle hulpzoekgewoonten verwijzen naar hulpzoekgedragingen, die ten opzichte van zeer recente gedragingen tot het daaraanvooraafgaande 'verleden' behoren. Zo kan men hulpzoekgedragingen over de laatste 10 jaar als hulpzoekgewoonten beschouwen ten opzichte van het hulpzoekgedrag over het afgelopen jaar. Zoals we nog zullen zien, doen zich bij de operationalisatie in een retrospectief onderzoek problemen voor ten aanzien van het gescheiden houden van deze beide perioden. De laatste 10 jaar omvat immers ook het laatste jaar.

In de Nederlandse literatuur bleken - althans bij de start van ons onderzoek - geen instrumenten voorhanden te zijn rond hulpzoekgedrag. Daarom zijn alle hier gebruikte indicatoren op één uitzondering na speciaal voor dit onderzoek ontworpen.

HZ-INVENTARISATIE

Een inventarisatie van probleemreacties en hulpzoekgedragingen, die de geïnterviewden als MOGELIJKE reactie-alternatieven beschrijven. Na een gesprek over diverse problemen, die mensen in het algemeen kunnen hebben, werden de volgende twee open-end vragen gesteld:

1. "We zouden graag wat meer willen weten over wat mensen doen als ze dit soort persoonlijke problemen hebben. Iedereen reageert weer anders op zo'n situatie. De een doet dit de ander dat. Zou u mij een aantal verschillende voorbeelden kunnen noemen van wat mensen zoal doen, als ze met problemen of persoonlijke moeilijkheden zitten?"
2. "Zou u de namen van een aantal personen of instanties in dit dorp of deze streek kunnen noemen, waarvan het bekend is dat zij nogal eens mensen helpen, die in problemen zitten of persoonlijke moeilijkheden hebben? Dus: waar mensen nogal eens heen gaan om hulp of advies te krijgen?"

Voor dit onderdeel werd in het interview een kwartier uitgetrokken. De inhoudsanalyse op de antwoorden wordt besproken in par. 8.2.

Het betreft hier een algemene vraag aan de respondent om - terugkijkend naar probleem-situaties gedurende de afgelopen 10 jaar - te beoordelen of men in dergelijke situaties de problemen MEESTAL VOOR ZICH hield, dan wel er MEESTAL MET ANDEREN over praatte om hulp of steun te krijgen. Slechts 4% kon zich niet in een van deze twee profielen plaatsen. In een hierna te bespreken meetinstrument (HZ-richting) komt een item voor, dat globaal naar hetzelfde vraagt: 'zelf oplossen zonder hulp van anderen' (altijd/meestal, soms, nooit). De korrelatie tussen de beide items is .34 ($p < .0001$). In par. 8.3 zullen we de konstruktie van een GLOBALE HULPZOEKFAKTOR bespreken op grond van beide items en hierna nog te bespreken indicatoren. Deze globale faktor dient de algemene geneigdheid van individuen te weerspiegelen om in probleemsituaties al dan niet hulp te zoeken (ongeacht de richting van het hulpzoeken).

HZ-RICHTING

Een lijst met 19 mogelijke probleemreacties, waaronder 16 hulpzoekalternatieven en 3 niet-hulpzoekalternatieven (bijlage 10). De hulpzoek-alternatieven hebben betrekking op hulpbronnen in:

- a. de primaire leefgroep (partner, kinderen)
- b. andere informele hulpbronnen in de direkte omgeving (vrienden, burens, familieleden, kollega's, een verstandig iemand uit de buurt)
- c. de eerste lijn in zeer ruime zin (huisarts, wijkverpleegster, maatschappelijk werker, pastor, fysiotherapeut, telefonische hulpdienst, paranormaal begaafden)
- d. de gespecialiseerde psychosociale zorg in de tweede lijn (psycholoog of psychiater, buro voor hulp bij persoonlijke moeilijkheden)

De niet-hulpzoekalternatieven waren: zo min mogelijk aan denken, rustgevend of kalmerende middelen gebruiken, en zelf oplossen zonder hulp van anderen.

Bij deze lijst is aan de respondenten de vraag gesteld of men DE AFGELOPEN 10 JAAR bij persoonlijke problemen en moeilijkheden van deze mogelijkheden gebruik gemaakt had, en - zo ja - of men dat in dergelijke situaties 'bijna altijd', 'vaak', 'soms' of 'een enkele keer' deed. Uit de antwoorden op deze lijst zijn de volgende typen indicatoren afgeleid (op a priori basis).

- de mate van gebruik per hulpzoek-alternatief (b.v. HZ-pastor)
- de sommatie over de hulpzoek-alternatieven gericht op professionele hulp (HZ-PROF) (kategorie c en d, excl. paranormaal begaafden)
- de sommatie over de hulpzoek-alternatieven gericht op informele hulp in de direkte leefomgeving (HZ-INFORM) (kategorie a en b)
- de sommatie over alle hulpzoekalternatieven (HZ-SOM) (kategorie a, b, c, en d). Deze indikator geeft dus geen hulpzoekrichting aan, maar heeft dezelfde bedoeling als b.v. VOOR ZICH - HULPZOEKEN.

De feitelijke samenhang tussen het gebruik van de onderscheiden hulpzoek-alternatieven wordt in hoofdstuk 8 besproken.

De volgorde waarin men doorgaans van de (niet)hulpzoekalternatieven gebruik maakt, uitgaande van de 19 alternatieven in de hiervoor besproken lijst. De respondent kreeg daartoe kaartjes van alle mogelijkheden die hij wel eens benut had en kon daardoor visueel de reaktiemogelijkheden op een voor hem of haar typerende volgorde leggen. De eerste vier hiervan werden gekodeerd. Nadat we de alternatieven in subgroepen hebben ingedeeld, zijn op basis hiervan alle voorkomende volgorde-profielen berekend, alsmede de frekwentie waarmee ieder profiel voorkomt (par. 8.5).

Uit deze gegevens hebben we twee volgorde-indicatoren afgeleid:

- HZ-VOLGPROF : het aantal professionele hulpverleners dat in de eerste vier gekozen alternatieven voorkomt. Het vormt een indicatie voor de hulpzoek-oriëntatie op professionele hulpverleners.
- HZ-VOLG-HUISARTS : de plaats van de huisarts in deze volgorde.

Al de hier genoemde hulpzoekvariabelen hebben betrekking op de laatste 10 jaar.

KONTAKT-LIJST

Het kontakt met 41 typen van professionele hulpverleners en instanties in de gemeente of streek op het terrein van de gezondheids-, welzijnszorg en sociale dienstverlening (bijlage 11). De lijst vormt een aangepaste versie van de HULKAR van Diekstra et al. (1977). De respondent werd gevraagd met welk van deze instanties men de laatste 10 jaar kontakt heeft gehad voor zichzelf of voor andere gezinsleden, en over welke periode. Strikt genomen is het hier mogelijk, dat iemand een kontakt registreert handelend over het probleem van een ander (gezinslid). In deze zin zou men eigenlijk niet van hulpzoeken kunnen spreken. Zo kan men kontakt hebben met een psychiatrische inrichting, omdat men op bezoek gaat bij een opgenomen vader. De mogelijkheid van 'op bezoek gaan' gaat slechts bij een zeer klein aantal van de 41 alternatieven op. Verder kan men stellen dat een probleem zich meestal niet tot één gezinslid beperkt. Zo maken ouders doorgaans deel uit van de probleemsituatie, ook al manifesteert de problematiek zich het duidelijkst bij een van de kinderen. In ieder geval zijn het meestal de ouders, die het initiatief nemen professionele hulp in te roepen voor het hele gezin of voor een van de kinderen.

Omdat de lijst betrekking heeft op zeer uiteenlopende instanties en hulpverleners en tevens over oudere en recentere kontakten binnen deze 10 jaar, hebben we uit deze KONTAKT-lijst meerdere hulpzoek-indicatoren afgeleid.

- KONTAKT-instantie : wel/geen kontakt met een bepaalde hulpverlener/instantie gedurende de afgelopen 10 jaar (b.v. KONTAKT-zenuwarts)
- KONTAKT-SOM : aantal van de 41 instanties/hulpverleners waarmee de laatste 10 jaar kontakt geweest is
- KONTAKT-PSYCHSOC-SOM: aantal van 19 instanties/hulpverleners, gespecialiseerd in psychosociale hulpverlening, waarmee de laatste 10 jaar kontakt is geweest.¹⁾

¹⁾ Deze 19 instanties vormen een subgroep van de lijst met 41 alternatieven (bijlage 11).

Bovendien zijn deze kontakten apart berekend over het 'laatste half jaar' (sinds 1-1-77), respectievelijk de 'laatste anderhalf jaar' (sinds 1-1-76). In die gevallen is er achter de naam van de variabelen de toevoeging HJ, respectievelijk AHJ geplaatst.

KONTAKT-HUISARTS

In de vorige lijst was de huisarts niet opgenomen, omdat we ervan uit mogen gaan dat iedereen over de periode van 10 jaar wel eens kontakt heeft gehad met een huisarts. Ter vergelijking van de registratiegegevens is wel aan de respondent gevraagd, hoe vaak hij of zij in de afgelopen 12 maanden kontakt heeft gehad met een huisarts.

HZ-BIOPRO

Bij de problemen, die in de BIOPRO als nogal/ernstig waren aangekruisd, is door de interviewer doorgevraagd over wat men zoal gedaan had om uit het probleem te komen. Hoewel het de bedoeling was via deze open-end vraag een zo volledig mogelijke inventarisatie te maken van alle hulpzoekgedragingen rond het betreffende probleem, hebben we achteraf ernstige twijfels over de validiteit van het geregistreerde gespreksmateriaal. In nogal wat gevallen waren de aantekeningen van de interviewer te sumier om te kunnen beoordelen of het kontakt met een bepaalde hulpverlener zich beperkte tot het strikt somatische of strikt materiële aspekt van een probleem (b.v. een 'specialist van het ziekenhuis' of 'iemand op het gemeentehuis'), of dat het ook de psychosociale aspekten van een probleem betrof. Bovendien hadden we de indruk, dat in het gesprek slechts één of hooguit twee 'opvallende' hulpzoekkontakten aan bod kwamen, en dat andere kontakten b.v. met partner, vrienden of huisarts vaak als vanzelfsprekend werden beschouwd en niet genoemd werden. We baseren deze indruk op vergelijkingen met andere hulpzoekindikatoren in het interview. Om deze redenen hebben we afgezien van het gebruik van deze gegevens in ons onderzoek.

6.7.2.4 mediërende variabelen

De mediërende variabelen hebben we overeenkomstig ons theoretisch model onderverdeeld in: opvattingen en houdingen ten aanzien van hulpzoekgedragingen, subjectieve sociale normen, vaardigheden en gedragsgewoonten, en de beschikbaarheid van ondersteunende kontakten. Bij de meting van de houdingen en normen zijn we uitgegaan van de theoretische en methodologische opvattingen van Fishbein (par. 5.3.5). Idealiter hadden we deze willen meten ten aanzien van alle in ons onderzoek voorkomende hulpzoek- en probleemreacties. Dit stuitte echter op het onoverkomelijke bezwaar van een te lange tijdsduur. Dit bezwaar gold het sterkste voor de gebruikte meetprocedure bij de sociale normen, omdat de daarbij gebruikte procedure omslachtiger is dan bij andere variabelen. We hebben de

meting van de gedragsnormen daarom beperkt tot een selectie van de hulpzoekgedragingen. Zoals we nog zullen toelichten hebben we om dezelfde reden afgezien van een uitvoerige opvattingenanalyse.

A. HOUDINGEN EN OPVATTINGEN

HOUDING-HZ

Voor de meting van de houding ten aanzien van 15 gedragsalternatieven¹⁾ is de semantische differentiaal-methode gebruikt van Osgood (Osgood et al., 1965; Fishbein & Ajzen, 1975, pag. 73-78). Als houdingsmaat voor ieder gedragsalternatief werden 3 zogenoemde contrast-items gebruikt, welke blijkens de literatuur representatief worden geacht voor de evaluatieve faktor van de semantische differentiaal (SD). Deze items zijn 'goed-slecht', 'prettig-naar' en 'verstandig-onverstandig'. Per item bevindt zich tussen de beide adjectiva een 7-puntsschaal. De respondent wordt gevraagd op deze schaaltes aan te kruisen, in hoeverre hij of zij een bepaald gedragsalternatief VOOR ZICHZELF 'goed' of 'slecht' etc. vindt, wanneer zich persoonlijke moeilijkheden of problemen voordoen. Om een responsset te voorkomen zijn per gedragsalternatief zowel de drie items als hun richting in een steeds wisselende volgorde aangeboden. Volgens Fishbein en Ajzen (pag. 107 e.v.) levert een dergelijk meetinstrument een betrouwbare en valide houdingsmaat op, welke geschikt is om korresponderend gedrag te voorspellen. Overeenkomstig Fishbein's theorie wordt aangenomen, dat de evaluatieve resultante van diverse opvattingen over een gedragsalternatief door deze evaluatieve maat wordt samengevat.

Om na te gaan of de drie SD-items inderdaad een gemeenschappelijk kenmerk (de houding) meten hebben we de antwoorden op de 15 x 3 items aan een principale componentenanalyse onderworpen met de geschatte communaliteit op de diagonaal. Na een varimax-rotatie met opgave van 15 factoren blijkt iedere faktor één gedragsalternatief te vertegenwoordigen. Hierop geven de drie items behorende bij één gedragsalternatief steeds een hogere lading te zien (gemiddeld .76), terwijl de ladingen van de overige items steeds variëren tussen .00 en .20. Tezamen verklaren deze factoren 82% van de totale variantie. De resultaten vormen een duidelijke bevestiging voor de interne consistentie van de houdingsmaten en hun vermogen om tussen de houdingen ten aanzien van de afzonderlijke gedragsalternatieven te diskrimineren. Op grond hiervan hebben we de houdingen gebaseerd op een sommatie van de drie item-skores per gedragsalternatief.²⁾ Hieruit hebben we de volgende set aan houdingsindikatoren afgeleid:

- HOUDING-alternatief: de houding ten aanzien van het zelf uitvoeren van een specifiek gedragsalternatief (b.v. HOUDING-HZ-HUISARTS: houding ten aanzien van het zoeken van hulp bij de huisarts voor eigen persoonlijke problemen)

¹⁾ Deze 15 alternatieven komen overeen met die, welke aangeboden zijn via de HZ-richting; hulpzoeken bij een telefonische hulpdienst, een verstandig iemand in de buurt en een fysiotherapeut, werden hier echter niet overgenomen; hulpzoeken bij een wijkverpleegster, respectievelijk maatschappelijk werker, werden in één item samengevoegd.

²⁾ Voor een beschrijving van de resultaten zie par. 8.4.

- HOUDING-HZ-SOM : de 'gemiddelde' houding ten aanzien van het zoeken naar hulp voor persoonlijke problemen, berekend over 12 hulpzoekgedragingen in de informele en professionele sfeer
- HOUDING-HZ-INFORM: de 'gemiddelde' houding ten aanzien van het zoeken van informele hulp, berekend over 6 hulpzoekalternatieven
- HOUDING-HZ-PROF : de 'gemiddelde' houding ten aanzien van het zoeken van professionele hulp, berekend over 6 hulpzoekalternatieven.

HOUDING-KONTAKT

Bij ieder geregistreerd kontakt in de KONTAKT-lijst is gevraagd naar een evaluatie van dit kontakt op een vijf-puntschaal, variërend van zeer positief tot zeer negatief. Wanneer de geïnterviewde met een bepaalde instantie geen kontakt gehad had, werd de houding als 'neutraal' beschouwd. Hieruit zijn de volgende houdingsindikatoren afgeleid:

- HOUDING-KONTAKT-instantie: de houding ten aanzien van een instantie of hulpverlener, voorzover gebaseerd op eerdere kontakten
- HOUDING-KONTAKT-SOM : de gemiddelde houding ten aanzien van professionele hulpverleners of instanties, voorzover gebaseerd op eerdere kontakten
- HOUDING-KONTAKT-PSYCHSOC : de gemiddelde houding ten aanzien van professionele instanties of hulpverleners, gespecialiseerd in psychosociale hulp, voorzover gebaseerd op eerdere kontakten

OPVATTINGEN ¹⁾

Gezien het grote aantal probleemoplossende alternatieven zou het ondoenlijk geweest zijn om per gedragsalternatief de belangrijkste gedragsrelevante opvattingen te onderzoeken. Deze opvattingen zouden ons inzicht hebben gegeven in de belangrijkste voordelen, nadelen en belemmeringen, welke mensen ervaren met betrekking tot het hulpzoeken bij de onderscheiden typen hulpverleners. Fishbein en Ajzen (1975) spreken hier over 'model salient beliefs'. Een dergelijke opzet zou echter een aparte studie vereisen. Zoals eerder opgemerkt hebben we dit probleem opgelost door ons te beperken tot het evaluatieve residu van deze opvattingen. Toch wilden we - op exploratieve wijze - de mogelijke betekenis van een aantal opvattingen omtrent hulpzoeken onderzoeken. We hebben deze opvattingen deels ontleend aan uitspraken van respondenten tijdens het vooronderzoek, deels

¹⁾ We hebben in het interview aan minder dan de helft van de respondenten naast de hier besproken lijst ook nog enkele andere opvattingenlijsten voorgelegd, zoals bijvoorbeeld een lijst met gewenste kenmerken van hulpverlenende personen en een experimenteer-versie van een sterk ingekorte I-E lijst. Aangezien zij primair bedoeld waren voor skriptie-onderzoek van de participerende studenten (Koek, 1980; Hulshof, 1981), slechts bij een deel van de respondenten zijn afgenomen en zij geen belangrijke plaats innemen in onze onderzoeksopzet, hebben we van een bespreking van deze instrumenten afgezien.

aan eerder onderzoek over hulpzoeken (Fischer & Turner, 1970; Corstjens, 1976) en deels aan ons theoretisch model. De lijst bestond uiteindelijk uit 32 items van het Likert-type¹⁾, met 5 antwoordmogelijkheden (van 'beslist mee eens' tot 'beslist mee oneens'). Aangezien de lijst om interview-ekonomische redenen slechts aan de helft van de respondenten is voorgelegd, en omdat hij niet gereed was bij de vastgestelde startdatum van het onderzoek - maar een maand later - hebben uiteindelijk SLECHTS 60 PERSONEN de lijst ingevuld. Gezien dit kleine aantal, kunnen opvattingen-indicatoren op basis van deze lijst niet gebruikt worden in de multivariate analyse van het hulpzoekgedrag. Wel kunnen ze mogelijk enig inzicht bieden op basis van hun afzonderlijke relaties met gedrags- en houdingsindicatoren.

Faktoranalytisch onderzoek - op basis van principale componentenanalyse met varimax-rotatie - bracht een drietal factoren aan het licht. Afgaande op de inhoud van de hoogst ladende items kennen we aan deze drie opvattingenfactoren de volgende betekenissen toe:

- HOUDING-ZELF OPLOSSEN: (hoogladende items: 2, 9, 12, 17, 18, 22, 23, 28)

Een hoge score op deze faktor representeert een positieve houding ten aanzien van het zelf oplossen van eigen problemen zonder hulp van anderen, waarbij de nadruk ligt op probleemoplossingen als: bedwingen van je emoties, hard werken, een vertrouwen op een sterk karakter, zich inspannen. Deze reacties vallen over het algemeen onder hetgeen Gurin et al. (1960) 'passieve reacties' heeft genoemd (ontkenning en verdringing)²⁾. Sommige items zijn verwant aan items uit de F-schaal, welke de mate van autoritair zijn meet.

- HOUDING-HULPZOEKEN: (hoogladende items: 19, 27, 29, 31, 32)

Een hoge score representeert een positieve houding ten aanzien van het zoeken van hulp voor eigen problemen bij anderen. De items bevatten enkele positieve en negatieve verwachtingen omtrent de gevolgen van het praten over eigen problemen met anderen.

- VERBALE VAARDIGHEID EN BEGRIIP VANUIT DE OMGEVING

(hoogladende items: 1, 5, 11, 13, 15, 24, 25)

Een hoge score representeert zowel de subjectieve vaardigheid om eigen problemen tegenover anderen onder woorden te brengen, alsook de verwachting dat deze omgeving hierop met begrip zal reageren.

Hoewel alle hiergenoemde, empirische factoren behoren tot de categorie 'opvattingen', ligt het gezien ons theoretisch model voor de hand de laatste faktor onder te brengen onder 'vaardigheden en gewoonten met betrekking tot hulpzoeken'. Uit de inhoud van deze empirische faktor blijkt echter dat hij tevens een indicatie biedt voor de (subjectieve) beschikbaarheid van een ondersteunende omgeving. Tussen beide aspecten bestaat in subjectieve zin kennelijk een samenhang. Een vertrouwen in eigen vaardigheden, roept kennelijk ook het vertrouwen op in een 'begrijpende' omgeving, en vice versa. Indien de waarneming van deze omgeving juist is, dan wijst dit er op dat het hulpzoeken een kenmerk is van het sociale klimaat van bepaalde groeperingen.

¹⁾ De items voor zelfoplossen en hulpzoeken, alsmede de daarbij behorende faktoranalytische gegevens, worden beschreven in par. 8.3. Voor een volledige weergave van de lijst zie Hosman (1981).

²⁾ Zie par. 5.4.3.

B. SUBJEKTIEVE SOCIALE NORMEN

Overeenkomstig de aanwijzingen van Fishbein en Ajzen (1975, pag. 301-318) hebben we een meetinstrument ontwikkeld om de subjectieve sociale normen te meten ten aanzien van een aantal gedragsalternatieven (bijlage 12). We hebben dit aantal omwille van de tijdsintensieve beantwoording moeten beperken tot zes: persoonlijke problemen voor zichzelf houden, er over praten met/hulpzoeken bij huisarts, burens, maatschappelijk werker, hulpverleningsburo, psycholoog of psychiater. Het meetinstrument omvat: vragen omtrent: (a) belangrijke referentiepersonen en de neiging zich aan hun normen te konformereren, (b) de sociale normen van deze referentiepersonen ten aanzien van elk alternatief, zoals deze door de geïnterviewde wordt waargenomen. In de uiteindelijke normscore is een weging aangebracht op grond van de geneigdheid zich aan de normen van deze referentiepersonen te konformereren. Uit de gegevens zijn de volgende normindikatoren afgeleid:

- SUBJ.SOC.NORM-alternatief: de mate waarin belangrijke referentiepersonen een bepaald hulpzoekgedrag bij persoonlijke problemen goed of afkeuren, alsmede de neiging om zich aan hun normen te konformereren.
- SUBJ.SOC.NORM-HZPROF : de subjectieve sociale norm ten aanzien van het zoeken van professionele hulp voor persoonlijke problemen gemiddeld over vier alternatieve hulpzoekgedragingen.

C. VAARDIGHEDEN EN GEWOONTEN

De tot deze categorie behorende indicatoren hebben we reeds hiervoor besproken onder de noemer 'hulpzoekgedragingen' (par. 6.7.2.3). Heeft men in het verleden bepaalde hulpzoekgedragingen vertoond, dan is er kennelijk de noodzakelijke vaardigheid voor uitvoering van dat gedrag aanwezig. Naarmate men in het verleden een bepaald gedrag in probleemsituaties vaker heeft vertoond, kan men eerder spreken van gewoontegedrag. Als indicatoren voor gewoontegedragingen maken we gebruik van de eerder besproken HZ-variabelen voorzover deze verwijzen naar de periode van de afgelopen 10 jaar¹⁾.

Voorts bleek er - op grond van een faktoranalyse over een reeks opvattingen omtrent hulpzoeken - een onafhankelijke faktor aantoonbaar, welke we geïnterpreteerd hebben als 'VERBALE VAARDIGHEID EN BEGRIP VANUIT DE OMGEVING' (zie onder houdingen en opvattingen).

D. BESCHIKBAARHEID VAN ONDERSTEUNENDE KONTAKTEN

Strikt genomen zou het beter zijn om hier te spreken van 'potentieel' ondersteunende kontakten. In de literatuur waarnaar we in par. 5.6.2 hebben verwezen wordt de faktor 'sociale ondersteuning' vaak geoperationaliseerd aan de hand van de frekwentie van het aantal sociale kontakten of de omvang van het sociale netwerk. De ondersteunende inhoud of althans de ondersteunende werking van dergelijke kontakten, wordt meestal afgeleid uit de aangetoonde preventieve werking op het ontstaan van psychosociale nood.

¹⁾ Zie ook de opmerking over het onderscheid tussen hulpzoekgedrag en hulpzoekgewoonten aan het begin van par. 6.7.2.3.

De twee hiervoor genoemde operationaliseringswijzen hebben we ook in ons onderzoek toegepast. Allereerst zijn er enkele vragen gesteld omtrent de omvang van het sociale netwerk: het aantal verenigingen e.d. waarvan men lid is, het aantal familieleden in de woongemeente, en het aantal vrienden en goede kennissen. Omdat men het aantal verenigingen en het aantal familieleden niet zomaar kan optellen, hebben we de antwoordverdelingen in kwartielen opgesplitst en de scores op basis van het rangordenummer van het kwartiel geherkodeerd. Vervolgens zijn de geherkodeerde scores over de drie vragen bij elkaar opgeteld. Deze somscore vormt de indikator voor verschillen in de OMVANG VAN HET SOCIALE NETWERK.

Ten tweede is gevraagd hoe vaak men per week, respectievelijk per maand contact had met mensen uit de volgende kategoriën: familie, vrienden, burens en kollega's van het werk. Met contact worden hier bedoeld: bij elkaar op bezoek gaan, een praatje maken, telefoongesprekken en brieven. De antwoordkategoriën kregen een rangorde van vijf tot een (meerder keren per week, 1x per week, een of enkele keren per maand, minder, nooit). De somscore over deze vier vragen vormt de indikator voor verschillen in de mate van SOCIAAL KONTAKT.

Ook het bezoek aan de huisarts voor strikt lichamelijk aandoeningen of controles impliceert een extra beschikbaarheid van een (potentieel) ondersteunend contact. Dergelijke contacten leiden ertoe dat men persoonlijk met een huisarts bekend is en hiermee reeds een band heeft ontwikkeld. Het faciliterende effect kan echter ook binnen één contact werkzaam zijn. Wanneer men toch op grond van een strikt somatische aandoening naar een huisarts gaat, verlaagt dit de drempel om met de huisarts ook over persoonlijke problemen te praten. De operationalisatie van deze variabele is te vinden in par. 6.8 over het registratie-onderzoek.

Een laatste indikator onder deze categorie vormt de mate, waarin de respondent door anderen in de omgeving benaderd wordt met vragen om hulp bij persoonlijke problemen. De respondent komt daarmee in de rol van de hulpverlener terecht. Op grond van het wederkerigheidsprincipe, dat we in par. 5.6 hebben besproken, zou dit kunnen verwijzen naar een sociaal klimaat waarin over en weer bereidheid bestaat elkaar in probleemsituaties te helpen. De antwoorden werden in dezelfde rangorde gekodeerd als bij de vragen over sociaal contact. We noemen deze indikator HULPGEVEN.

6.7.2.5 sociale wenselijkheid

Een zwak punt in ons onderzoek vormt het ontbreken van een aparte indikator voor sociale wenselijkheid. Bij de uiteindelijke samenstelling van de vragenlijst hebben we - helaas - over het hoofd gezien een hiervoor geschikte indikator in de lijst op te nemen. Een dergelijke indikator is belangrijk als controle op de validiteit van de meetinstrumenten in ons onderzoek en van de belangrijkste verbanden in onze analyse. Juist bij het praten over persoonlijke problemen is er een extra kans op sociaal wenselijke antwoorden, omdat

mensen verwachten dat de aanwezigheid en aard van psychosociale problemen in sterke mate de beeldvorming van anderen over hen zullen bepalen.

Toch zijn er enkele mogelijkheden om iets te zeggen over de invloed van sociale wenselijkheid op de onderzoeksresultaten. Ten eerste zijn we nagegaan wat de invloed van de sociale wenselijkheid was in enkele vergelijkbare epidemiologische studies, waarin deze responsvertekkende faktor wel is onderzocht (Nijhof, 1979; Ormel, 1980).

Nijhof vond significante relaties tussen de Crowne-Marlow Test voor sociale wenselijkheid en de VOG (r=-.22), respectievelijk de DV (-.34). Mensen, die geneigd zijn sociaal wenselijk te antwoorden, geven op beide probleemindikatoren dus minder symptomen te zien. Hij toonde echter aan dat de sociale wenselijkheid geen invloed had op de relatie tussen sociale status en psychische stoornissen, omdat de neiging tot sociaal wenselijke antwoorden evenredig verdeeld bleek te zijn over de diverse sociale strata.

In het onderzoek van Ormel bleek een klagerige versus loochenende houding los te staan van iemands geslacht, leeftijd, opleiding en inkomen alsmede van de stedelijkheid van de woonomgeving. Op één uitzondering na gold hetzelfde voor iemands openhartigheid en voor het verloop van het gesprek. Vrouwelijke respondenten bleken iets openhartiger dan mannelijke (r=-.14). Verder konkludeert Ormel dat 'openhartige' respondenten iets hoger scoorden op indicatoren voor onwelbevinden, onplezierige gebeurtenissen en neuroticisme. De verbanden zijn over het algemeen echter zwak. Met andere indicatoren b.v. zelfwaardering, de gevoelsbalans en persoonsgebonden belasting bestond geen verband. Ook de door hem gehanteerde maat voor sociale wenselijkheid leverde geen noemenswaardige verbanden op met de door hem gebruikte variabelen. Evenals Nijhof, konkludeert Ormel - na een expliciete controle hierop - dat rapportage vertekende factoren de belangrijkste bevindingen en relaties in zijn onderzoek op een niet noemenswaardige manier hebben beïnvloed (pag. 286).

Ook in het Leefsituatie-survey van het C.B.S. (deel 3, 1977) wordt de vraag gesteld in hoeverre sociale wenselijkheid een rol speelt bij oordelen over de tevredenheid met diverse leefomstandigheden. Zij verwijzen (pag. 20) naar een vergelijkbaar onderzoek van Campbell e.a. (1976), waarin de effecten van sociale wenselijkheid zijn onderzocht. Ook deze konkluderen, dat de neiging tot het geven van sociaal-wenselijke antwoorden de correlaties tussen de variabelen nauwelijks beïnvloedt. Wel bleek bij oudere, laag opgeleide mensen deze neiging relatief het sterkst te zijn. Ook het C.B.S. gaat ervan uit dat deze responsvertekening geen ernstige verstoring van de resultaten oplevert.

Een mogelijkheid om toch ook binnen ons eigen onderzoek enige controle uit te voeren op de aanwezigheid van responsvertekkende invloeden, bieden enkele houdingsindicatoren met betrekking tot het praten over psychosociale problemen met anderen. Indien van een responsvertekening sprake zou zijn, dan zou een positieve houding ten aanzien van 'het voor zich houden van problemen', respectievelijk een negatieve houding ten aanzien van 'het praten over eigen problemen met anderen', moeten samengaan met een lagere score op de probleemindikatoren. De twee eerste houdingsindicatoren worden gevormd door de houdingen ten aanzien van de probleemreacties 'zo min mogelijk aan denken' en 'zelf oplossen zonder hulp van anderen'. Ze zijn ontleend aan de lijst met semantische differentiaal-items. De derde en de vierde zijn respectievelijk HOUDING-HZ-SOM en HOUDING-ZELF OPLOSSEN (n=601).

Ongeveer de helft van de gevonden verbanden is significant in de verwachte richting, hetgeen dus op de invloed van sociale wenselijkheid duidt (tabel 6.5). De Delftse Vragenlijst en de BIOPRO-SOM lijken nog het meest gevoelig voor dergelijke houdingsinvloeden. Overeenkomstig een eerder uitgesproken verwachting (par. 6.7.2.2), blijkt de VOEG niet onderhevig te zijn aan de zo juist besproken houdingsinvloeden. Integendeel, zij die op andere probleemindikatoren kennelijk geneigd zijn iets terughoudend te antwoorden, blijken op de VOEG juist een iets hogere score te hebben. Binnen onze multiple indikator-benadering heeft de VOEG waarschijnlijk een enigszins compenserende werking op de vertekeningen bij de andere probleemindikatoren.

Voorzover er relaties bestaan tussen deze houdings- en probleemindikatoren, verklaren de houdingsindikatoren doorgaans niet meer dan 1 tot 4 % van de verschillen op de probleemindikatoren. Dat de HOUDING-ZELF OPLOSSEN wat hogere verbanden oplevert, is grotendeels toe te schrijven aan de lage N.

Zowel op grond van de literatuur als op grond van enkele eigen controles konkluderen we, dat enkele probleemindikatoren waarschijnlijk gevoelig zijn voor sociale wenselijkheid en vergelijkbare houdingsinvloeden. Deze invloeden zijn echter van beperkte betekenis en zullen waarschijnlijk weinig effect hebben op de relaties binnen ons onderzoek. Voorzover er van enig effect sprake is, betekent dit dat de gegevens over aanwezige psychosociale problemen vermoedelijk een lichte onderschatting vormen van de werkelijk aanwezige prevalentie. Bij latere analyses zullen, waar nodig en mogelijk, deze houdingsvariabelen als controlevariabelen worden gebruikt.

Voor de pogingen welke we gedaan hebben om responsvertekenende invloeden te voorkomen verwijzen we naar par. 6.7.3 tot en met 6.7.5.

Tabel 6.5 Pearson-korrelaties tussen probleemindikatoren en enkele indicatoren voor respons-vertekening.

(n=252)	HOUDING t.a.v. zo min mogelijk aan problemen denken	HOUDING t.a.v. zelf oplossen zonder hulp van anderen	HOUDING HZ-SOM	(n=60!) HOUDING ZELF OPLOSSEN
VOEG	.13	n.s.	n.s.	n.s.
Delftse Vragenlijst	-.12	-.23	n.s.	-.35
ALG-PROB-JAAR	n.s.	-.10	n.s.	-.34
ALG-PROB-NU	n.s.	-.10	n.s.	n.s.
BIOPRO-SOM	-.21	-.19	n.s.	-.22
BIOPRO-NU	-.10	n.s.	-.15	n.s.
BIOPRO-HINDER	n.s.	-.15	-.10	n.s.
GLOBALE PROBLEEM-INDEX	-.13	-.18	n.s.	-.24

Een hoge score wijst op een positieve houding, respectievelijk de aanwezigheid van veel/ernstige problemen.

6.7.3 Interviewsituatie: kenmerken van interview en interviewer

De validiteit van de antwoorden op een meetinstrument is niet alleen afhankelijk van de eigenschappen van het instrument zelf maar evenzeer van de kenmerken van de totale meet-situatie, in ons geval de interview-situatie. Relevant zijn zowel de interne als de externe interview-situatie.

Onder de interne interview-situatie verstaan we de structuur van het interview en het gedrag van de interviewer. Tot de structuur rekenen we de volgorde van de inhoudelijke onderdelen, de mate waarin van open of gesloten vragen gebruik gemaakt wordt, het gebruik van schriftelijke onderdelen en stijlkenmerken van het gesprek. De externe structuur verwijst naar factoren als de wijze van introductie van het onderzoek, de reacties op het onderzoek in de gemeente, het tijdstip van het interview en de eventuele aanwezigheid van derden.

In het dagelijks leven wordt het zichtbare gedrag van mensen beïnvloed door hun sociale omgeving. Uit de houding-gedrag literatuur weten we dat er een belangrijk verschil bestaat tussen houdingen en opvattingen enerzijds en het waarneembare gedrag anderzijds (zie par. 5.3.4. en 5.3.5). Simpel gesteld: niet iedereen doet in elke situatie wat hij van zichzelf uit graag zou willen doen; niet iedereen zegt tegen elke andere persoon steeds wat hij denkt. Daar kan hij uiteenlopende redenen voor hebben, bijvoorbeeld het beschermen van de eigen privacy, men wil een ander niet kwetsen, of men verwacht daarvoor schade voor zichzelf op te lopen.

Het gedrag in een interview-situatie is sociaal gedrag als elk ander in het dagelijks leven. Interview-gedrag is derhalve evenzeer aan sociale beïnvloeding onderhevig als welk gedrag dan ook. Deze invloeden komen zowel uit de interne als de externe interview-situatie. Waar het gaat om het meten van iemand's opvattingen, en wel op een valide wijze, is het daarentegen uitermate belangrijk dat een interviewer van de respondent te horen krijgt wat deze laatste ook werkelijk denkt en beleeft.

Het onderwerp van ons onderzoek vereist, dat we aan dit punt in onze interview-strategie extra aandacht besteden. Het onderzoeksthema impliceert immers een sterke contradiktie. Enerzijds willen we van iedereen een zo valide mogelijk beeld krijgen over de aanwezigheid van psychosociale problemen. Dit vereist dat de geïnterviewde zijn of haar problemen aan de interviewer 'meedeelt'. Anderzijds is het onderzoek juist geboren vanuit de vooronderstelling dat niet iedereen over zijn problemen met anderen praat, of althans zeer selectief is ten opzichte van degene aan wie hij zijn zorgen toevertrouwt. Het lijkt dan ook tegenstrijdig wanneer wij verwachten dat degenen die hierover normaal niet met anderen praten, althans niet met buitenstaanders, dit juist wel zullen doen ten aanzien van een onbekende interviewer. We hebben dan ook niet de pretentie dat we via een dergelijk onderzoek in staat zouden zijn om ALLE psychosociale problematiek op te sporen. De resultaten zullen vermoedelijk dan ook een onderschatting inhouden van de ware prevalentie. In die zin kan dit en vergelijkbaar epidemiologisch onderzoek nooit volledig valide zijn.

Onze belangrijkste zorg was daarom een dusdanige interne en externe interview-situatie te ontwikkelen, dat de drempel tot het uiten van persoonlijke problemen zo laag mogelijk zou zijn. We verwachten dat dit het geval is wanneer:

- a. men geen nadelen en eventueel zelfs voordelen kan verwachten van diens 'openheid'
- b. men een normatief sociaal klimaat ervaart dat participatie aan het onderzoek en 'openheid' positief, of althans niet negatief, sanktioniert
- c. men een zekere band met de interviewer ervaart en het gesprek een geleidelijke en natuurlijke opbouw vertoont naar een grotere openheid
- d. het interview ook mogelijkheden biedt voor het opvangen van signalen over problematiek of over de wijzen van oplossen daarvan, wanneer de respondent moeite heeft om hierover rechtstreekse mondelinge mededelingen te doen aan de interviewer.

Hierna beschrijven we hoe getracht is aan deze voorwaarden te voldoen via de interne structuur van het interview, de training van de interviewers, en de introductie van het onderzoek in de gemeente en bij de geselecteerde respondenten.

De volgorde van de interview-onderdelen. Gezien de functionele opbouw van het interview is de volgorde van de onderdelen in alle interviews gelijk gehouden. Voor een systematisches overzicht van deze volgorde zie bijlage 13. Het eerste deel van het interview werd besteed aan een inleidend praatje over het onderzoek of andere onderwerpen, ten einde de eerste drempelvrees zowel voor de respondent als voor de interviewer te overwinnen. Hierop volgde een reeks algemene vragen over de respondent zelf en diens directe levenssituatie (leeftijd, opleiding, beroep, gezinssituatie e.d.) en vragen over het patroon van sociale contacten (familie, vrienden, burens e.d.). Binnen het interview had dit onderdeel vooral de functie een contact tussen interviewer en respondent op te bouwen en een mogelijkheid te bieden voor de respondent om zich als persoon voor te stellen.

Geleidelijk aan werd het gespreksthema gericht op de beleving van contactmogelijkheden in het dorp. Na een globaal gesprek over de gezondheid en het huisartsbezoek werd het gespreksonderwerp gebracht op mogelijke levensproblemen, die volgens de geïnterviewden in het dorp relatief vaker voorkwamen. In dit kader werd ook gevraagd naar kennis van hulpverleningsmogelijkheden. Ook werd geïnformeerd of de respondent zelf wel eens hulp verleende aan anderen, aan wat voor anderen en in welke intensiteit.

Pas daarna werd uitvoerig ingegaan op persoonlijke moeilijkheden en problemen van de respondent zelf en het daaropvolgend probleem-, respectievelijk hulpzoekgedrag. Er is naar gestreefd deze onderwerpen eerst in wat meer globale termen te bespreken en in tweede instantie in meer specifieke zin. In het laatste gedeelte van het interview kwamen de diverse houdingen, opvattingen en sociale normen aan de orde.

De ervaringen van de interviewers leerden dat deze geleidelijke opbouw naar meer persoonlijk gerichte vragen inderdaad de openheid bevorderde. Hoewel het contact in het begin soms wat stroef verliep, bleek het mogelijk - ondanks alle beperkingen van een interview-situatie - binnen een korte tijdsperiode toch een redelijk persoonlijke sfeer te scheppen. We baseren deze indruk op een aantal vragen die we de interviewer na ieder interview hebben gesteld. De overwegende reactie over de sfeer was: zeer positief en open. De interviewers stonden veelal versteld van de openheid waarmee de geïnterviewden over zeer persoonlijke problemen vertelden, ook wanneer zij in het dagelijkse leven eerder geneigd waren hun problemen voor zich te houden. Slechts bij een kleine groep (2%) waren er - volgens de interviewer - aanwijzingen dat de geïnterviewde zich wantrouwend en zeer terughoudend opstelde.

De combinatie van mondelinge en schriftelijke onderdelen. Voor openheid is uiteraard een goede gespreks sfeer noodzakelijk. Dit betekende dat een groot aantal vragen mondeling gesteld zijn. Om dezelfde reden zijn er verspreid door het interview naast de gestructureerde vragen (b.v. vragen met een mondeling ja- of neen-antwoord) ook enkele vragen gesteld welke aanleiding zouden kunnen geven tot een spontaan gesprek (o.a. over de ervaringen met sociale kontakten, problemen in het dorp, wat mensen doen wanneer zij in problemen zitten, wat zij zelf met problemen gedaan hebben in het afgelopen jaar, ervaringen met hulpverleners en wensen voor verbetering op het terrein van de hulpverlening). Om ook de mogelijkheid te bieden voor niet-rechtstreekse signalen voor de aanwezigheid van psychosociale problematiek, zijn hierover tijdens het interview een groot aantal schriftelijke vragen gesteld. Zo kon men door een kruisje aangeven of men last had van bepaalde problemen of klachten zonder hierover openlijk met de interviewer te hoeven praten. Dit lijkt vooral belangrijk voor problemen waaraan nog steeds een taboe of stigma verbonden is, zoals bijvoorbeeld problemen met de echtgeno(o)t(e), met seksualiteit of met alcoholgebruik. Via het gebruik van enkele symptoomschalen, met name over psychosomatische symptomen hoopten we een aantal probleemsignalen op te vangen bij respondenten, die minder bereid waren om over hun probleemervaringen met de interviewer te praten.

Verder bracht het tussendoor aanbieden van korte schriftelijke onderdelen een zekere afwisseling in het interview. Nadeel was echter dat het soms een zekere afstand schiep op een moment dat er tussen de respondent en de interviewer net een wat meer vertrouwelijke gespreksbasis was ontwikkeld.

Interviewers en interviewtraining. Voor het houden van de interviews beschikten we aanvankelijk over een groep van 17 mensen. Hieronder waren een groot aantal doktoraalstudenten psychologie, enkele vrijwilligers van de AGGZ-Boxmeer, twee stafleden van dit bureau en de onderzoeker zelf. Tussen het voor- en het definitieve onderzoek verlieten drie personen de groep en kwamen er acht bij. De ploeg van interviewers voor het definitieve onderzoek bestond uit 22 personen, 11 mannen en 11 vrouwen. Zij kan als een hooggemotiveerde groep worden beschouwd. Tekenend is hiervoor de vele (vrije) tijd die door de groep in het onderzoek is gestoken tegen een symboliese vergoeding per interview.

De interview-training omvatte een reeks bijeenkomsten en oefeningen verspreid over 3 maanden. Zij omvatte de volgende hoofdbestanddelen:

- a. enkele bijeenkomsten met een theoretiese inleiding over het onderzoek, een bespreking van de opzet van het interview en de richtlijnen voor het interviewgesprek.
- b. één proefinterview met iemand uit de eigen kennissenkring, en twee tijdens het vooronderzoek, inclusief gezamenlijke nagesprekken.
- c. een tweedaagse training voorafgaande aan het definitieve onderzoek waarin de uiteindelijke vragenlijst werd doorgenomen en rollenspellen werden gehouden rond moeilijke interviewsituaties.
- d. tijdens de eerste reeks van definitieve interviews werden deze direkt na afloop nabesproken met de onderzoeker.

6.7.4 Introductie van het onderzoek in de dorpsgemeente

Het is een hele ingreep in een dorpsgemeenschap, wanneer één op elke zeven volwassenen vrij langdurig geïnterviewd wordt over zeer persoonlijke problematiek. Zou daarbij voorafgaand aan de interviewperiode of in de beginfase ervan weerstand onder de bevolking ontstaan, dan is een dergelijk onderzoek tot mislukken gedoemd gezien de hechtheid van de gemeenten. Alleen met uitdrukkelijke medewerking is een dergelijk onderzoek uitvoerbaar. Ook voor de inhoudelijke opzet van het interview was het belangrijk dat we ons tijdens de introductie goed op de hoogte stelden van de plaatselijke omstandigheden en het sociaal-kulturele klimaat in het dorp. Tenslotte is de introductiefase van invloed op de latere mogelijkheden om samen met plaatselijke eerstelijns werkers de resultaten in beleidskonsequenties te kunnen vertalen. De totale introductieperiode vanaf de eerste contacten met sleutelfiguren uit de gemeente heeft ruim vijf maanden geduurd.

De eerste fase van de contactlegging¹⁾ bestond uit individuele gesprekken met een aantal sleutelfiguren uit het dorp, nl. de burgemeester, een gemeenteraadslid en tevens hoofdredakteur van het plaatselijke blad, de voorzitter van de Katholieke Vrouwen Organisatie (K.V.O.), de huisarts en de pastor. Deze introductie-gesprekken werden gehouden door medewerkers van de AGGZ-Boxmeer en niet door de onderzoekers. We wilden hiermee expliciet maken dat het onderzoek voortkwam uit een behoefte van deze regionale instelling aan ondersteunende informatie voor hun geestelijke gezondheidszorgbeleid. De inhoud van deze gesprekken kwam reeds in par. 6.4.5 ter sprake. We beperken ons hier tot de konklusie dat de betreffende sleutelfiguren positief op het voorstel hebben gereageerd. Op basis van schriftelijke informatie over het onderzoek werd vervolgens een gemeenschappelijke bijeenkomst georganiseerd met een uitgebreidere groep sleutelfiguren, waarbij ditmaal ook de onderzoekers aanwezig waren. In deze bijeenkomst werd het onderzoeksdoel en de organisatorische opzet van het onderzoek doorgesproken en konden er van de kant van de sleutelfiguren wensen worden geuit ten aanzien van de inhoud van de vragenlijst.

Hierop volgde een drietal besprekingen met het home-team²⁾ waarin meer gedetailleerd werd ingegaan op de ideeën achter het onderzoek. Een belangrijke bijdrage van deze besprekingen bestond uit het krities doorspreken van alle onderdelen van de vragenlijst. De gesprekken leverden ook een groot aantal suggesties op voor verbeteringen van de vragen en antwoord-kategoriën zodat de definitieve vorm beter aansloot op de praatstijl in het dorp en de lokale omstandigheden. Door toedoen van deze gesprekken raakte het home-team steeds meer betrokken bij het onderzoek en de daarachterliggende vragen over een preventieve aanpak van psychosociale problematiek.

Ook naar de bevolking zelf werd een introductie georganiseerd. Deze bestond allereerst uit een artikel in het dorpsblad. Hierin werd het doel van het onderzoek uiteengezet en informatie gegeven over de aard van het interview. In de voorlichting aan de bevolking werd steeds gesproken over het 'Welzijnsonderzoek Land van Cuyk'. Het gebruik

¹⁾ In een eerdere voorbereidingsfase hadden we reeds een gesprek gehad met de regionale landbouwvoorlichter over de leef- en welzijnssituatie van degenen die in de agrarische sektor werken.

²⁾ Zie par. 6.4.3 voor de samenstelling van het home-team.

van de wat meer bekende termen als 'welzijn' en 'gezondheid' leek ons minder weerstand oproepen dan de wat meer belaste termen 'psychische problematiek', 'psychische stoornissen' en 'geestelijke gezondheid'.

Verder hebben we gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een gedeelte van een K.V.O.-bijeenkomst te besteden aan voorlichting over het onderzoek. Zowel de preventiewerker van de AGGZ-Boxmeer als een van de onderzoekers hielden een praatje over de betekenis van het onderzoek. Grote nadruk is hierbij gelegd op de anonimiteit van de onderzoeksresultaten. Door het stukje in het plaatselijke blad was het onderzoek inmiddels bij de 150 aanwezige vrouwen bekend. Onze algemene indruk was dat men bereid was tot medewerking, maar het interview toch wat 'griezelig' vond. Achteraf tijdens de interviewkampagne bleek dat deze voorlichtingsavond positief gewerkt had. Vele respondenten verwezen bij het maken van een interview-afspraken zelf spontaan naar deze avond, waar zij ofwel zelf aanwezig geweest waren of waarvan ze via familie of kennissen hadden gehoord. Doordat bij de voorlichtingsavond ook een aantal interviewers aanwezig waren, was er naar onze ervaring enige vertrouwdeheid gegroeid. Het onderzoek en de onderzoekers waren niet meer totaal vreemd.

De laatste fase van de introductie betrof het benaderen van de geselecteerde respondenten. Deze benadering vond in fasen plaats. Allereerst werd aan de respondenten een aankondigingsbrief gestuurd. Hierin werd verwezen naar eerdere aankondigingen in het dorp, de reden van het onderzoek uitgelegd, toegelicht waarvoor precies medewerking gevraagd werd en wat de verdere procedure zou zijn. Enkele dagen daarna ging een van de interviewers bij de respondent thuis langs, om een afspraak te maken voor het uiteindelijke interview. Er werd een geschikte tijd uitgezocht, waarin de respondent een rustig gesprek zou kunnen hebben zonder aanwezigheid van derden. Indien dit thuis niet mogelijk bleek, werd het interview gehouden in het plaatselijke Wit-Gele Kruisgebouw. Dit gesprekje vooraf bleek bij veel mensen spanningen en weerstanden te verminderen. Tekenend was bijvoorbeeld de vaak gehoorde uitspraak: "Ik wil wel mee doen als u dan het interview doet". Zowel in de brief als in het voorgesprek werd nog eens het belang benadrukt, dat de gegevens strikt vertrouwelijk zouden worden behandeld en anoniem zouden worden verwerkt.

6.7.5 Verloop van de interviewkampagne

De interviews zijn gehouden in de periode van 30 mei tot 10 oktober 1977. Rekening houdend met een vakantieperiode van 3 weken duurde de interviewkampagne ongeveer 3½ maand. Gedurende deze periode kregen we van de plaatselijke kruisvereniging ruime faciliteiten aangeboden in de vorm van een permanente ruimte en gebruik van telefoon in het Wit-Gele Kruisgebouw, dat midden in het dorp is gelegen. Een bijkomend voordeel was dat het onderzoek hierdoor dagelijks 'zichtbaar' was voor de eerstelijns werkers, waarvan er een aantal in dit gebouw hun werk verrichtten. Dit vergrootte hun betrokkenheid bij het onderzoek.

De gemiddelde duur van de interviews bedroeg 2 uur en 18 minuten. In vergelijking tot het vooronderzoek duurden deze interviews gemiddeld dus 40 minuten korter. Het

eerste gedeelte over de biografische gegevens duurde ruim een half uur. Datzelfde gold voor het laatste gedeelte over de opvattingen, kennis, normen en houdingen. Het middelste gedeelte over de problemen en het hulpzoeken besloeg gemiddeld een uur.

Hoewel het soms niet eenvoudig bleek mensen tot deelname aan het onderzoek over te halen, werden de interviewers over het algemeen zeer vriendelijk ontvangen. Het onderzoek bleef uiteraard een vreemde eend in de bijt, maar men stond er in het algemeen toch positief tegenover. Zouden de feitelijke interviews grote weerstanden hebben oproepen, dan hadden we in de tweede helft van de interviewkampagne een beduidend hoger aantal weigeringen kunnen verwachten. Dit bleek echter niet het geval te zijn.

6.8 HET REGISTRATIE-ONDERZOEK IN DE HUISARTSPRAKTIJK

6.8.1 Benadering van de huisartsen

Het doel van het registratie-onderzoek is het verkrijgen van een 'extern' criterium voor de mate waarin mensen professionele hulp zoeken vanwege psychosociale problemen. We hebben eerder in dit hoofdstuk beschreven dat de huisarts, zeker in een dorpsgemeenschap, waarschijnlijk de belangrijkste professionele hulpverlener is op psychosociaal terrein. We hebben eveneens toegelicht dat we ook om praktische redenen het registratie-onderzoek tot de huisartspraktijk hebben moeten beperken.

De lokaal gevestigde huisarts¹⁾ was reeds in een vroeg stadium bij de voorbereiding van het bevolkingsonderzoek betrokken en was eveneens gemotiveerd voor het tegelijkertijd uitvoeren van een registratie-onderzoek. We hebben al eerder benadrukt, dat hij sterk geïnteresseerd is in de psychosociale aspecten van zijn praktijk. Voorwaarde voor zijn medewerking was uiteraard, dat de gegevens uit zijn praktijk strikt vertrouwelijk zouden worden behandeld en alleen anoniem zijn praktijk mochten verlaten.

Om deze anonimiteit te garanderen en tevens in verband met de benodigde medische deskundigheid, vonden wij een arts²⁾, die de Nijmeegse huisartsenopleiding volgde, bereid om tijdelijk aan het onderzoeksproject deel te nemen. Hij heeft de gegevens geselecteerd, verzorgde de communicatie tussen de huisartsen en de onderzoekers, zorgde voor de anonieme koppeling³⁾ tussen de registratiegegevens en de gegevens uit het bevolkingsonderzoek, en heeft een belangrijk aandeel gehad in de interpretatie, analyse en beschrijving van de registratiegegevens.

Hij heeft allereerst uitgezocht bij welke huisarts de 252 respondenten stonden ingeschreven. Verreweg de meesten (88%) stonden als patiënt bij de plaatselijke huisarts ingeschreven. Slechts 10% was ingeschreven bij huisartsen, die elders gevestigd zijn.

¹⁾ Drs. J. Th. C. Bakker, huisarts te Haps.

²⁾ Drs. P. Fransen

³⁾ Nadat door deze arts de registratiegegevens aan de gegevens uit het bevolkingsonderzoek waren toegevoegd, is het adressenbestand met het oog op de anonimiteit van de respondenten vernietigd.

Hiervan komt 7% voor rekening van een huisarts uit een aangrenzende gemeente, die echter wel een spreekuur houdt in het Wit-Gele Kruisgebouw in onze onderzoeksgemeente. Ook de vier andere betrokken huisartsen bleken bereid om aan dit registratie-onderzoek mee te werken. Van vier respondenten kon de arts-onderzoeker de huisarts niet achterhalen, zodat het registratie-onderzoek uiteindelijk betrekking heeft op 248 personen.

6.8.2 Selektie van gegevens en onderzoeksvariabelen

Bij de analyse van de registratiegegevens hebben we de volgende begrippen gebruikt: patiënt, kontakt, aandoening, klacht, konsult en verrichting. Een definiëring van deze begrippen is te vinden in bijlage 14.

Voor het verkrijgen van de gegevens, zoals deze uiteindelijk door ons zijn verwerkt, is door de arts-onderzoeker de volgende werkwijze gevolgd:

1. Uit het kaartstelsel van de huisarts werden door de arts-onderzoeker alle gegevens verzameld betreffende de datum en inhoud van alle kontakten, klachten, aandoeningen en verrichtingen zoals de huisarts deze had geregistreerd gedurende één jaar voorafgaande aan de datum van het interview in het bevolkingsonderzoek.
2. Vervolgens werden deze gegevens aan de huisarts voorgelegd en werd hem gevraagd iedere KLACHT op de volgende criteria te beoordelen:
 - a. van PSYCHOSOCIALE aard: een klacht waarbij de patiënt op DIREKTE wijze problemen op psychosociaal terrein aan de huisarts presenteert (b.v. huwelijksmoeilijkheden, problemen met de opvoeding van de kinderen). In een klacht worden door de patiënt geen somatische aspecten naar voren gebracht.
 - b. van PSYCHOSOMATIESE aard: een klacht die wel lichamelijk van aard is, maar die volgens de huisarts doorslaggevend en aanwijsbaar door psychosociale factoren veroorzaakt wordt. De huisarts moet hierbij duidelijke aanwijzingen hebben uit de psychosociale sfeer van de patiënt, waardoor de klacht of aandoening kan worden verklaard. Dit houdt dus een positieve benadering in van het oordeel 'psychosomaties' en dus niet 'per exclusionem'. Deze klachten, c.q. aandoeningen, kunnen gepaard gaan met aantoonbare organiese of funktionele afwijkingen. We spreken dan van 'klassieke' psychosomatische ziekten, bijvoorbeeld ulcus duodeni, hartinfarct, astma. Ook is het mogelijk dat deze klachten, c.q. aandoeningen 'nervus-funktioneel' van aard zijn, d.w.z. zonder lichamelijk aantoonbare afwijkingen.
 - c. van SOMATIESE aard: alle andere lichamelijk klachten. Hierbij kan de huisarts geen belangrijke psychosociale oorzaak onderkennen. Voorbeelden: hersenschudding, zwangerschapskontrolle, longontsteking.

Uiteindelijk werden de volgende VARIABELEN in het registratie-onderzoek opgenomen:

- aantal kontakten met de huisarts
- aantal klachten
- aantal aandoeningen
- aantal somatische klachten
- aantal psychosomatische klachten
- aantal direkt-psychosociale klachten
- totaal aantal psychosociale klachten
- aantal verwijzingen door de huisarts
- aard van de verwijzingen
- aantal voorschriften van psychofarmaka

Al deze variabelen zijn gebaseerd op een meetperiode van een jaar.

6.8.3 Registratiemethoden van de huisartsen

We hebben gebruik gemaakt van 'ruwe' gegevens die niet waren geregistreerd met het oog op later te verrichten onderzoek. De validiteit van deze gegevens is dan ook mede afhankelijk van de door de huisartsen gevolgde registratiemethoden. Onze belangstelling ging vooral uit naar de lokaal gevestigde huisarts omdat bij hem verreweg de meeste deelnemers aan ons onderzoek stonden ingeschreven. De informatie die hij over zijn registratie-methode heeft gegeven kan als volgt worden samengevat:

- a. Gestreefd wordt naar een continue en totale registratie. Zowel bezoeken van de patiënt aan de huisarts als thuisvisites worden genoteerd. Telefonische kontakten worden alleen dan vermeld als deze door de huisarts belangrijk geacht worden voor het bijhouden van de patiëntgegevens.
- b. Bij psychosomatische klachten of aandoeningen wordt vrijwel altijd de psychosociale achtergrond vermeld, indien deze tenminste ter sprake is geweest.

De gegevens kunnen dus vergeleken worden met andere studies die gebaseerd zijn op een Continue Morbiditeitsregistratie (CMR) (Oliemans, 1969; NUHI, 1974, 1980). Het verschil is echter wel dat de huisarts de klachten en aandoeningen gedurende het jaar niet geregistreerd heeft aan de hand van een vooraf opgestelde kode-lijst (bijvoorbeeld de E-lijst) zoals in andere studies wel het geval is. De overige vier huisartsen hadden slechts een klein gedeelte van de geënquêteerden als patiënt. Zij registreerden allen via een kaartsysteem, evenwel niet zo continu en uitgebreid als de eerste huisarts. In gesprekken die de arts-onderzoeker met deze huisartsen had hebben zij evenwel aanvullende informatie gegeven, zodat ook deze gegevens als betrekkelijk volledig en betrouwbaar kunnen worden beschouwd. We hebben daarom besloten ook deze gegevens bij het onderzoek te betrekken.

Tenslotte willen we hier nogmaals een eerder gemaakte opmerking onderstrepen, nl. dat de uiteindelijke resultaten HET OORDEEL VAN DE HUISARTS weergeven. Aangezien ook zijn waarneming en interpretatie aan psychosociale factoren onderhevig is (Verhaak, 1981), zien we tussen huisartsen verschillen in hun registratiecijfers over de psychosociale morbiditeit. Dit geldt in geringere mate voor somatische aandoeningen, en in sterke mate voor psychosomatische aandoeningen. Dit is aangetoond met uniformiteitstesten, waarbij werd onderzocht of diverse huisartsen hetzelfde 'geval' ook op dezelfde wijze registreerden. Oliemans (1969) konkludeert, dat:

"in de huisartspraktijk bij duidelijke ziektebeelden een eensluidende diagnose verwacht kan worden. Bij vage ziektebeelden kan een grote verscheidenheid in morbiditeitsclassificatie worden verwacht. Grotere ervaring van de deelnemers zal zeker een gunstige invloed hebben, doch nooit leiden tot algehele uniformiteit: er zal altijd een zekere divergentie blijven optreden." (pag. 43)

Een arts die op psychosociaal terrein meer belangstelling en kennis heeft dan andere artsen, zal vermoedelijk ook meer psychosociale problemen uit de bevolking aangeboden krijgen, meer klachten als psychosomaties herkennen en zonodig uitdiepen om tot een juiste diagnose te komen. In ieder geval is van de lokaal gevestigde huisarts bekend dat hij zich juist ook op psychosociaal terrein de nodige diagnostische en hulpverleningsvaardigheden heeft eigen gemaakt. We mogen op grond daarvan verwachten dat het ijsberg-fenomeen zich hier minder sterk zal voordoen dan in andere praktijken.

6.9 HYPOTHESEN

Over een aantal onderzoeksvragen hebben we op basis van onze theoretische studie hypothesen geformuleerd:

1. Bij het zoeken van hulp voor psychosociale problemen maken mensen doorgaans in een specifieke volgorde gebruik van de diverse hulpverleningsmogelijkheden, nl. eerst binnen de eigen leefeenheid (partner, kinderen), in tweede instantie bij andere informele hulpverleners (familie, vrienden, buren, buurtgenoten, collega's e.d.), in derde instantie bij professionele hulpverleners in de eerste lijn (in ruime zin), en in vierde instantie bij gespecialiseerde psychosociale hulpverleners op tweedelijnsniveau (hulpverleningsburo, psycholoog, psychiater) (zie par. 5.4 - 5.7).
2. Er is een negatief verband tussen sociale netwerkkarakteristieken zoals
 - a. de omvang van het sociale netwerk
 - b. de contactfrequentie met het sociale netwerk
 - c. de mate waarin men in probleemsituaties geneigd is hulp te zoeken in dit (informele) sociale netwerk enerzijds en de ernst van voorkomende psychosociale problemen anderzijds (zie par.5.6.2).
3. Er is een positief verband tussen de mate waarin mensen informele hulp zoeken en de mate waarin zij zelf als informele hulpverlener door hun omgeving worden benaderd (zie par. 5.6.4).

4. Er is een kromlijning verband tussen de subjectieve aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen en de mate waarin gebruik gemaakt wordt van professionele hulp, d.w.z. psychosociale problematiek gaat eerst dan gepaard met een hoge waarschijnlijkheid dat er professionele hulp wordt gezocht, wanneer de subjectieve ernst een bepaald nivo (drempel) heeft overschreden (zie par. 5.3.3)
5. Het hulpzoekgedrag weerspiegelt een proces van sociale selectie. Onafhankelijk van de aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen, is zowel de keuze tussen wel en niet-hulpzoeken in het algemeen als de keuze van de hulpzoekrichting gerelateerd aan variabelen van demografiese en sociaal-psychologische aard (zie par. 4.3 - 4.6 en par. 5.2 en 5.3).
6. Nader gespecificeerd naar de relatie tussen sociaal-psychologische variabelen en het zoeken van professionele hulp: Er bestaat een positief verband tussen de frekwentie waarmee professionele hulp gezocht wordt en:
 - a. de houding ten aanzien van hulpzoeken in het algemeen, en ten aanzien van het zoeken van professionele hulp in het bijzonder
 - b. subjectieve sociale normen ten aanzien van hulpzoeken in het algemeen, en ten aanzien van het zoeken van professionele hulp in het bijzonder
 - c. gedragsgewoonten met betrekking tot het zoeken van professionele hulp
 - d. de beschikbaarheid van professionele hulp

We hebben overwogen om een hypothese te formuleren over een belangrijk thema als de relatie tussen het gebruik van informele hulp en professionele hulp (zie onderzoeksvraag 6). Aangezien we in paragraaf 5.6.2 en 5.6.3 zowel overtuigende argumenten hebben gevonden voor een negatief verband als voor een positief verband, zien we af van het formuleren van één hypothese en zullen we dit vraagstuk op exploratieve wijze onderzoeken.

In ons onderzoek zal DE PSYCHOSOCIALE HULPVRAAG BIJ DE HUISARTS een belangrijke plaats innemen. De meeste hiervoor genoemde hypothesen zullen dan ook specifiek rond dit hulpzoekgedrag worden getoetst. Waar in deze hypothesen gesproken wordt van het 'zoeken van professionele hulp', dient dit dan te worden gewijzigd in 'hulpzoeken bij de huisarts'. Daarnaast hebben we nog een specifieke hypothese omtrent de huisarts, welke handelt over zijn positie in het psychosociale hulpverleningscircuit:

7. De huisarts neemt voor wat betreft de opvang van psychosociale problemen een centrale positie in binnen het professionele circuit van hulpverleners in de eerste en tweede lijn (zie par. 5.1). Meer specifiek:
 - a. mensen wenden zich methun psychosociale problemen vaker tot de huisarts dan tot andere professionele hulpverleners
 - b. in de volgorde waarin men diverse professionele hulpverleners raadpleegt neemt de huisarts gen ddeld de eerste plaats in
 - c. de houding ten aanzien van het hulpzoeken bij de huisarts voor psychosociale problemen is positiever dan ten aanzien van andere professionele hulpverleners

- d. de subjektieve sociale normen ten aanzien van het zoeken van hulp bij de huisarts voor psychosociale problemen is positiever dan ten opzichte van het hulpzoeken bij andere professionele hulpverleners.

De hypthesen 7c en 7d kunnen tevens als een nadere uitwerking worden gezien van de hypthesen 6a en 6b.

6.10 ANALYSE-STRATEGIE

Survey-onderzoek wordt gekenmerkt door het gebruik van grote aantallen variabelen, welke bovendien van uiteenlopend meetnivo zijn en waarbij vaak scheve verdelingen voorkomen. Ook in ons onderzoek is dit het geval. De prediktoren van het hulpzoekgedrag omvatten zowel nominale, ordinale als intervallaire variabelen.

De samenhangen tussen prediktoren en een afhankelijke variabele kunnen ieder afzonderlijk bekeken worden, steeds via een associatiemaat die bij de meetnivo's van beide variabelen past. Gezien de wisselende meetnivo's zal ook de aard van de gebruikte associatiematen sterk uiteenlopen. Uiteindelijk hebben we echter zowel behoefte aan een totaalbeeld over de onderlinge verbanden tussen de vele prediktoren als aan een indruk van hun totale 'invloed' op de afhankelijke variabelen. Dit vergt een meer uniforme analysemethode, die een groot aantal variabelen kan verwerken en die weinig gevoelig is voor de beperkingen die surveydata met zich mee brengen (robuustheid). Voor de verwerking van surveydata, waarbij men de relaties tussen een reeks prediktoren en een afhankelijke variabele wil bepalen zijn globaal twee strategieën denkbaar.

De eerste strategie is de SUKSESSIEVELIJKE OPSPLITSINGSMETHODE (vertakkingsmodel). Voorbeelden hiervan zijn onder meer te vinden in het Sociaal Cultureel Rapport (1978) en Diekstra (1973). De 'Automatic Interaction Detection'-techniek, waarop men zich in deze studies baseert, wordt uitvoerig beschreven door Sonquist (1970). De onderzoekspopulatie wordt stapsgewijs in steeds kleinere groepen opgesplitst. Bij iedere opsplitsing van een groep wordt die prediktor gebruikt die binnen deze groep de meeste resterende variantie verklaart in de afhankelijke variabele. Deze techniek biedt de mogelijkheid prediktoren van uiteenlopend meetnivo, interactie-effecten en kromlijnige verbanden in het uiteindelijke prediktmodel te verdiskonteren. Deze opsplitsingsprocedure vereist echter een zeer omvangrijke onderzoekspopulatie, wil men bij gebruik van een groot aantal variabelen in de uiteindelijke subgroepen nog voldoende personen overhouden om de significantie van de verschillen te kunnen toetsen. Aangezien onze onderzoekspopulatie slechts 252 personen omvat, stuit een dergelijke strategie bij gebruik van meer dan drie prediktoren al op grote problemen.

Het alternatief, waarvoor wij gekozen hebben, is een MULTIVARIAAT, KORRELATIE-NEEL ONDERZOEKSDESIGN, nl. een regressie-analytische strategie. Men kan daarbij volstaan met een steekproef van beperktere omvang. Ook hier doen zich echter problemen voor omdat deze strategie gebaseerd is op het gebruik van Pearson's produktmomentkorrelaties. Hoewel in veel survey-studies en ook in de meeste epidemiologische studies van dergelijke korrelationele designs gebruik gemaakt wordt, voldoen de data doorgaans niet aan alle

assumpties, die aan het gebruik van Pearson's r ten grondslag liggen. De belangrijkste assumpties zijn:

- a. de aanwezigheid van een intervalnivo
- b. de variabelen moeten normaal verdeeld zijn, of minstens onderling eenzelfde verdeling hebben (homogeen)
- c. de verbanden moeten lineair zijn

Bovendien stelt zich in het geval van survey-onderzoek met veel prediktoren de vraag, hoe om te gaan met hun onderlinge relaties en vervolgens met de reductie van het aantal prediktoren.

De genoemde assumpties vormen een duidelijk probleem in ons type epidemiologies onderzoek. Ook Ormel (1980) gaat hier in een vergelijkbaar epidemiologies onderzoek uitvoerig op in. We hebben een aantal overwegingen en oplossingen aan hem ontleend.

Hij meent dat het onder bepaalde voorwaarden toch verantwoord is een multivariate techniek te gebruiken, gebaseerd op korrelatie- en regressie-analyse. Schendingen van de assumptie zijn aanvaardbaar onder de volgende overwegingen of kondities:

1. De belangrijkste bevindingen worden, voor wat hun significantie betreft, gecontroleerd via non-parametrische technieken, die dergelijke voorwaarden niet stellen. Wij zullen daarvoor Kendall's Tau en de Chi-kwadraattoets gebruiken.
2. Ordinale variabelen kunnen zonder al te veel risico's als (benadering van) intervalvariabelen worden beschouwd, wanneer de verbanden redelijk lineair van vorm zijn. De eis dat variabelen op intervalnivo gemeten zijn wordt hierdoor minder dwingend. De belangrijkste verbanden zullen op kromlijnigheid worden gecontroleerd door inspectie van de regressielijn, berekend via het programma BREAKDOWN uit het SPSS (Nie et al., 1975). Wanneer ordinale variabelen bovendien uit meer dan zeven categorieën bestaan, kunnen zij met minder risico als intervalvariabelen worden beschouwd dan variabelen met drie of vier categorieën.
3. Korrelaties en kovarianties blijken tamelijk ongevoelig voor niet al te grote afwijkingen van normaliteit en homoscedasticiteit (Nunnally, 1967). Bij zeer scheve verdelingen, met name als daarbij extreme scores voorkomen, zouden de betreffende variabelen hiervoor via herkodering moeten worden gecorrigeerd.

Wij zullen ook in ons onderzoek van deze overwegingen en aanwijzingen uitgaan. We voegen daaraan nog de volgende toe. Een van de problemen bij een normaal verdeelde prediktor en een scheef verdeelde afhankelijke variabele is, dat op grond van hun verschillende verdeling de maximaal bereikbare Pearson-korrelatie nooit 1 is, maar altijd veel lager. Dit geldt althans voor gekategoriseerde variabelen; voor continue variabelen is dit probleem verwaarloosbaar. Zolang men echter mag aannemen dat beide variabelen in de totale populatie (bevolking) eveneens deze normale, respektievelijk scheve verdelingen aannemen, hoeft dit geen probleem te zijn. Allereerst kan de prediktor geherkodeerd worden tot een overeenkomstig scheve verdeling (respektievelijk dichotomie) zodat ze in principe wel in staat is de afhankelijke variabele perfect te voorspellen. Wanneer dit ook dan niet het geval is, wijst dit erop dat er kennelijk meerdere additieve of interacterende prediktoren nodig zijn voor een optimale prediktie.

Toch zijn deze overwegingen en kondities niet geheel afdoende om de eerder geschetste problemen te ondervangen. Ten eerste is hiermee nog geen antwoord gegeven op de vraag: Wat te doen bij kromlijngige verbanden? Ormel stelt dat de belangrijkste verbanden redelijk lineair van vorm zijn. Wij gaan er om theoretiese redenen juist vanuit dat bepaalde verbanden kromlijngig zijn. Ten tweede hebben we tot nu toe het probleem van de nominale variabelen nog niet opgelost. Moeten we hen bij een korrelationele analyse verder buiten beschouwing laten?

De hier geschetste vragen vormen uiteraard geen nieuw probleem bij dit type onderzoek. Het ligt dan ook voor de hand om voor de oplossing ervan te rade te gaan bij mensen die zich reeds lang met methodologie van survey-onderzoek hebben bezig gehouden. We zullen gebruik maken van de oplossingen die Lansing en Morgan (1971) en Nie et al. (1975) hiervoor hebben aangedragen. Lansing en Morgan zijn onderzoekers van het bekende Survey Center van het Institute of Social Research (Ann Arbor). Nie et al., verbonden aan het National Opinion Research Center (University of Chicago), zijn de auteurs van het Statistical Package for the Social Science (SPSS). Dit pakket van analyse programma's vindt inmiddels internationale toepassing. In beide publikaties wordt voorgesteld om in dit type onderzoeken bij toepassing van multiple regressietechnieken gebruik te maken van z.g. 'DUMMY-VARIABELEN'.

De techniek van de dummy-variabelen houdt in, dat nominale of ordinale variabelen in een dichotome variabele of in een keten van dichotome variabelen worden omgezet. Nie et al. (1975) konkluderen voorts:

"Since the dummy variables have arbitrary metric values of 0 and 1, they may be treated as interval variables and inserted into a regression equation" (pag. 374)

Lansing en Morgan (1971) stellen:

"Purists from the regression school may ask what about the assumption of normally distributed explanatory variables. How can something which takes only the values 0 and 1 be normally distributed? Actually regression, particularly if interpreted in terms of power reducing unexplained variance, not as set of significance tests, is relatively robust under departures from this normality assumption." (pag. 327)

Voor alle zekerheid lijkt het in ieder geval verstandig om zeer scheef verdeelde dichotome variabelen (ongunstiger dan 85-15) uit de analyse te verwijderen.

Een kromlijngig verband, dat via een lineaire korrelatietechniek niet resulteert in een signifikante korrelatie, kan een dergelijke korrelatie wel leveren wanneer de prediktor getransformeerd wordt in een dichotome dummy of een reeks van dummy's. De dichotomieën kunnen worden aangebracht overeenkomstig de aard van het kromlijngig verband dat men theoreties verwacht. Het is echter niet altijd mogelijk uit de theorie de specifieke waarde af te leiden, waarbij zich de 'kromming' of 'knik' zal voordoen. In die gevallen en bij de exploratieve analyses, kunnen de dichotomieën alleen achteraf worden gedefinieerd, afhankelijk van de knikken die men in de feitelijke regressielijn aantreft.

Stel b.v. dat het doktersbezoek het hoogst zou zijn in de leeftijdsgroep van 35 tot 50 jaar en lager zowel in de jongere als oudere leeftijdsgroepen, dan zal men lineair geen verband aantreffen tenzij leeftijd wordt geherkodeerd b.v. in 35 - 50 jaar (skore 1) en de overige leeftijdsgroepen (skore 2).

Ook interactie-effecten kunnen via dummy-variabelen in de regressievergelijking worden ingevoerd door de dichotomie te definiëren op basis van meerdere (interakterende)

variabelen. Gezien de veelheid aan variabelen zullen we interactie-effecten alleen onderzoeken wanneer daartoe vanuit theoretische overwegingen aanleiding is.

We komen nu toe aan het vraagstuk van de DATAREDUKTIE. Deze reductie is nodig, omdat we over een groot aantal prediktor-variabelen beschikken en er in ons onderzoek bovendien meerdere afhankelijke variabelen te onderscheiden zijn. Hoewel het zinnig en informatief is om in de loop van de analyse de afzonderlijke relaties te bestuderen van alle prediktor-variabelen met een afhankelijke variabele, levert dit in zijn totaliteit een niet meer te overzien geheel op aan relaties waardoor de hoofdeffekten in het onderzoek onvoldoende zichtbaar worden. De transformatie van een prediktor in meerdere dummy's kan dit probleem alleen nog maar vergroten.

De prediktor-variabelen laten zich uiteraard allereerst ordenen naar de onderscheiden factoren in ons theoreties model. Het woord 'faktor' is hier eigenlijk niet geheel op zijn plaats, omdat b.v. de demografiese variabelen geen unidimensionele faktor vormen, maar zich laten samenvoegen in méérdere, onderling onafhankelijke factoren. Hetzelfde kan voor b.v. houdingen en gedragsgewoonten gelden.

Een bekende datareducerende strategie in survey-onderzoek is de toepassing van een PRINCIPALE KOMPONENTENANALYSE. In een exploratief onderzoek gebruikt, gaat deze analyse na of een groot aantal onderzoeksvariabelen gereduceerd kan worden tot een beperkt aantal onafhankelijke factoren. Gaat men uit van een theoreties model, zoals in ons onderzoek, dan kan deze analysemethode gebruikt worden om na te gaan of meerdere indicatoren voor eenzelfde theoretiese faktor inderdaad niet meer dan één dimensie representeren. De skores per faktor worden uitgedrukt in z-skores. De langs deze weg geoperationaliseerde factoren vormen vervolgens de hoofdbestanddelen in de regressie-analyse. Indicatoren die buiten de gemeenschappelijke factoren vallen kunnen mogelijk unieke factoren vormen welke in de regressie-analyse een eigen bijdrage aan de prediktie leveren. We zullen hierop steeds een controle uitoefenen.

Een bijkomend voordeel van deze wijze van datareductie is bovendien dat door de combinatie van een groter aantal indicatoren in één faktor, er een zekere korrektie optreedt voor het ordinale nivo, respektievelijk de scheve verdeling van sommige variabelen.

De faktoranalytiese strategie levert anderzijds ook enkele problemen op. Allereerst kan men in ons geval als bezwaar inbrengen dat ook variabelen van dichotome en ordinale aard worden gebruikt, terwijl variabelen van interval-nivo vereist zijn. Nu hebben we ter verdediging van de schending van deze eis in het voorgaande reeds het een en ander naar voren gebracht. Aangezien echter juist dit aspect een gevoelig punt vormt in onze analyse, hebben we rond het gebruik van de faktoranalyse een extra controle uitgevoerd. De demografiese variabelen laten in ons onderzoek de grootste variatie zien aan meetnivo's. We hebben daarom allereerst een principale componentenanalyse op de demografiese variabelen uitgevoerd op basis van hun onderlinge Pearson-korrelaties. Vervolgens hebben we de uitkomsten hiervan vergeleken met een principale componentenanalyse op basis van tetrachoriese korrelaties (ITEMA), nadat we alle variabelen hadden gedichotomiseerd (par. 6.7.2.1). In beide gevallen waren de resulterende factoren nagenoeg identiek. We zien dit als een ondersteuning voor de betrekkelijke robuustheid van Pearson's r .

Er doet zich nog een ander probleem voor bij een faktoranalytische strategie. Een principale componentenanalyse biedt een reeks van verschillende mogelijkheden om factoren uit data te trekken afhankelijk van de criteria die men daarbij stelt. De verschillende mogelijkheden hebben echter één INTERN criterium gemeenschappelijk. De methode kiest haar factoren zodanig, dat variabelen met een gemeenschappelijke variantie op één faktor terecht komen en variabelen met een - daarvan onafhankelijke - gemeenschappelijke variantie een andere faktor vormen.

Met het oog op een optimale prediktie van de afhankelijke variabele kan hierdoor echter informatieverlies optreden. Stel dat in één faktor zowel een variabele is opgenomen met een significante prediktieve waarde, alsook twee variabelen zonder een dergelijke prediktieve waarde, dan is het waarschijnlijk dat de faktor als geheel geen enkel verband vertoont met de afhankelijke variabele. Juist om deze reden is het raadzaam ook de afzonderlijke verbanden tussen prediktor-variabelen en de afhankelijke variabelen te bestuderen en een controle uit te voeren op het mogelijk 'maskerende' effect van factoren.

Van de Wollenberg (1977) wijst er in dit kader op, dat men een faktoroplossing ook zodanig kan kiezen dat de prediktor-factoren gezamenlijk zo optimaal mogelijk de variantie in een set van criterium-variabelen (=afhankelijke variabelen) verklaren. Hij heeft dit uitgewerkt in een 'Redundantie-analyse', ook wel 'cross-battery principale componenten analyse' genoemd, en deze vervolgens vertaald in een komputerprogramma (REDANAL).

De redundantie-analyse is ontworpen als een reactie op een aantal beperkingen van de kanoniese korrelatie. De belangrijkste beperking van de kanoniese korrelatiecoëfficiënt is, dat zij niets zegt over de uiteindelijk verklaarde variantie in de afhankelijke variabelen. De specifieke eigenschap van de redundantie-analyse is daarentegen juist dat zij uit een reeks X-variabelen (prediktor-variabelen) een zodanige faktorstructuur afleidt, die een maximum aan variantie in een reeks Y-variabelen (afhankelijke variabelen) verklaart. De redundantie-analyse is vergelijkbaar met een principale componentenanalyse, waarbij de verklaarde variantie in een extern criterium als sturend element wordt gebruikt. De resulterende factoren binnen de set van prediktor-variabelen zijn onderling onafhankelijk (orthogonaal) en kunnen, indien gewenst, varimax worden geroteerd. Het aantal prediktor-factoren kan in deze analyse echter nooit groter zijn dan het aantal afhankelijke variabelen.

De gekwadrateerde lading van een afhankelijke variabele op een prediktor-faktor kan worden beschouwd als de verklaarde variantie in de afhankelijke variabele door deze prediktor-faktor. De gekwadrateerde multiple korrelatie van de ladingen van een afhankelijke variabele op alle prediktor-factoren is dan gelijk aan de totaal verklaarde variantie op basis van de gehele set van prediktoren. Wordt deze procedure voor iedere afhankelijke variabele in de redundantie-analyse herhaald dan kan vervolgens de gemiddelde verklaarde variantie in een set van afhankelijke variabelen op basis van een set van prediktor-variabelen worden berekend.

De voordelen van deze redundantie-analyse zijn alleen van toepassing wanneer er - zoals bij een kanoniese korrelatie - sprake is van meerdere afhankelijke variabelen. Is er slechts één afhankelijke variabele, dan is de redundantie-analyse identiek aan een multiple regressie-analyse over één afhankelijke variabele op basis van een reeks prediktor-variabelen. De redundantie-analyse is daarom voor ons vooral geschikt, waar

we de relaties willen bestuderen tussen een reeks demografische variabelen en een reeks indicatoren voor de diverse richtingen van het hulpzoekgedrag.

Wanneer we de relaties met de aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek (GLOBALE PROBLEEMINDEX), respectievelijk het aantal psychosociale klachten bij de huisarts zullen onderzoeken zullen we dan ook volstaan met een gebruikelijke multiple regressie-analyse. We zullen ons daarbij baseren op het programma 'New Regression' van het Statistical Package for the Social Sciences (Nie et al., 1975; Hull & Nie, 1981).

7 psychosociale problemen en de signalering van risikogroepen in de bevolking

7.1 INLEIDING

In dit hoofdstuk bespreken we het deel van de resultaten uit het bevolkingsonderzoek dat betrekking heeft op het voorkomen van psychosociale problemen. Uitgangspunt hierbij vormen de eerste drie onderzoeksvragen uit paragraaf 6.2.

1. Wat is de prevalentie van psychosociale problematiek, respektievelijk psychosociale nood in de bevolking? Wat is de aard van deze problematiek? Welke onderlinge samenhang vertonen de diverse soorten problematiek, respektievelijk de verschillende uitingswijzen ervan?
2. Zijn er in de bevolking, op basis van relaties tussen demografiese variabelen en indicatoren voor de aanwezigheid en ernst van de psychosociale problematiek, risikogroepen aanwijsbaar?
3. Is er een verband tussen de beschikbaarheid van een sociaal netwerk, respektievelijk de toegankelijkheid van informele hulp en de aanwezigheid en ernst van de psychosociale problematiek, in het bijzonder de aanwezigheid van psychosomatische en psychoneurotische symptomen?

In de terminologie van hoofdstuk 4 gaat het dus om de vraag: Hoe omvangrijk is de psychosociale ijsberg, hoe is deze intern gelaagd naar aard en ernst van de problematiek, en waar concentreert zich deze ijsberg in de gemeenschap?

Alvorens we de resultaten van het bevolkingsonderzoek bespreken geven we eerst een indruk van de informatie, welke we verkregen via de lokale sleutelfiguren.

7.2 INDRUKKEN VAN LOKALE SLEUTELFIGUREN

In paragraaf 6.7.4 hebben we beschreven dat we tijdens de introductieperiode van het onderzoek een reeks gesprekken hebben gehad met plaatselijke sleutelfiguren. Naast een reeks individuele gesprekken hebben we een aantal groepsgesprekken gehad, onder meer met het lokale home-team. Hoewel deze gesprekken met name gingen over een wederzijdse kennismaking, het doel van het onderzoek en de opzet en uitvoering ervan, is ook gesproken over de aanwezigheid van problemen en probleemgroepen onder de bevolking. Het bleek voor velen moeilijk om daarover duidelijke uitspraken te doen. Een enkeling was van mening dat er in de gemeente geen specifieke probleemgroepen aanwezig waren. Alle gesprekken samenvattend, bleken er toch signalen naar boven te komen omtrent aanwezige probleemconcentraties, althans naar het oordeel van deze sleutelfiguren.

- Problemen in boerenbedrijven. Zo signaleerde onder meer de regionale landbouwvoorlichter steeds meer ziektegevallen en overspannenheid onder de boerenbevolking onder invloed van de hoge schuldenlasten, arbeidsintensivering en lange werktijden, en dreigende bedrijfsbeëindigingen.
- Huisvrouwen en met name jonge huisvrouwen. Men had de indruk dat hier nogal wat psychosociale problemen te vinden waren, welke zich met name uitten in psychosomatische klachten. De huisarts sprak van de veelvuldige 'housewife blues' in zijn praktijk. Dit zou onder meer samen kunnen hangen met onze indruk uit paragraaf 6.4.3 dat er zich onder de jonge gehuwde vrouwen een relatief groter aantal allochtonen of 'nieuwkomers' bevinden. In een hechte dorpsgemeenschap zou dit in een aantal gevallen tot aansluitingsproblematiek kunnen leiden.
- Werkende huisvrouwen, d.w.z. vrouwen die zowel het huishouden moeten verrichten als ook ander werk in de vorm van een baan buitenshuis of werk in het eigen bedrijf.
- Alleenstaanden.
- Werkelozen en wao-ers.
- Mensen die in het dorp eenmaal iets 'fout' hebben gedaan (een 'misstap'), krijgen als zodanig een stempel op gedrukt, waar ze hun hele leven aan vast zitten. Ook de AGGZ-hulpverleners kwamen, naar hun zeggen, onder hun cliënten uit de subregio regelmatig personen tegen die in een dergelijke situatie waren vastgelopen.

Tegelijkertijd met de feitelijke start van het bevolkingsonderzoek hebben we een kleine, simpele ENQUETE gehouden onder een zevental lokale sleutelfiguren omtrent hun verwachtingen over een aantal onderzoeksresultaten¹⁾. Voor wat betreft de aanwezigheid van problemen leverde deze enquête de volgende resultaten op.

Gemiddeld schatten zij het percentage van de volwassen bevolking dat gedurende het 'afgelopen jaar' 'nogal of ernstig' in problemen had verkeerd (ALG-PROB-JAAR) op 17%. De schattingen varieerden echter van 2 tot 30%. Voor de situatie op 'dit moment' bedroeg dit gemiddelde 15% met eenzelfde variatie aan schattingen. Door deze sleutelfiguren wordt

¹⁾ Zie paragraaf 6.4.1.

dus nauwelijks een onderscheid gemaakt tussen de hoogte van de jaar-prevalentie en de tijdstip-prevalentie.

Gevraagd naar een rangordening van de vijf meest voorkomende problemen uit een lijst met 19 mogelijkheden (zie BIOPRO), kwam de volgende 'gemiddelde' rangorde naar voren:

1. problemen op financieel gebied
2. problemen met de lichamelijke gezondheid
3. opvoedingsproblemen
4. problemen met het werk of baan
5. huwelijksproblemen
6. eenzaamheid

Ook op grond van het grote aantal jeugdigen in de bevolking zou men kunnen verwachten dat opvoedingsproblemen in het dorp een belangrijke rol spelen.

7.3 HET VOÓRKOMEN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN VOLGENS HET BEVOLKINGSONDERZOEK

We hebben bij de 252 interviews een multi-indikatorenbenadering gebruikt om een indruk te krijgen van de geestelijke gezondheidssituatie in de bevolking. We zullen hieronder eerst de resultaten bespreken voor de verschillende indicatoren afzonderlijk.

7.3.1 Het oordeel over 'de problemen in het dorp'

Alvorens we de indicatoren bespreken die iets zeggen over de aanwezigheid van problemen bij de respondenten zelf, geven we eerst hun oordeel weer over wat - volgens hen - de meest voorkomende 'problemen in het dorp' zijn. De vraag werd in eerste instantie in de open-end vorm gesteld. In tweede instantie werd dezelfde lijst met 19 mogelijkheden aangeboden welke aan de sleutelfiguren was voorgelegd. Tabel 7.1 geeft per probleemgebied de percentages respondenten weer die het betreffende probleem tot de DRIE meest voorkomende hebben gerekend. Hoe hoger het percentage, hoe meer eenstemmigheid er onder de respondenten is omtrent de problemen, die relatief het meest belangrijk zijn in het dorp.

Tabel 7.1 Opvattingen van de respondenten over de meest voorkomende problemen in het dorp.

(n=252) problemen met:	antwoord op open-end vraag	antwoord op check-list
1. opvoeding van kinderen	38%	48%
2. op financieel gebied	30%	27%
3. huwelijksproblemen	25%	13%
4. werk en werkeloosheid	21%	31%
5. lichamelijke gezondheid	13%	15%
6. veranderingen in maatschappij	0%	18%
De overige problemen zijn minder frekwent genoemd (<13%)		

Deze gegevens zeggen uiteraard niets over de (geschatte) frekwentie waarmee deze problemen voorkomen, maar alleen over de relatieve verschillen in hun voorkomen. Iemand kan dus een probleem boven aan de ranglijst plaatsen, zonder daarmee te willen zeggen dat het probleem frekwent voorkomt, hoewel het in haar opvatting vaker voorkomt dan andere problemen.

Hoewel er tussen de antwoorden op de open-end vraag en de check-list wat percentageverschillen aanwezig zijn, komen in beide versies - globaal gesproken - dezelfde problemen boven aan de lijst, nl. problemen met opvoeding, financiën, huwelijk, werk(eloosheid) en lichamelijke gezondheid. Alleen problemen met veranderingen in de maatschappij, werd door geen van de geïnterviewden spontaan als probleemgebied genoemd, maar door bijna een vijfde wel bij de check-list. We nemen aan dat dit probleem wel leeft voor de respondenten, maar door hen niet zozeer als een PERSOONLIJK probleem ervaren wordt.

Opvallend is dat de respondenten uit het bevolkingsonderzoek nagenoeg tot eenzelfde selectie komen van relatief veel voorkomende problemen als de sleutelfiguren. Het enige verschil is dat de sleutelfiguren ook eenzaamheid tot de eerste zes rekenen, hetgeen binnen de bevolkingssteekproef niet het geval was. Een verklaring hiervoor ligt waarschijnlijk in de aard van het probleemgebied zelf. Het is waarschijnlijk typerend voor eenzaamheid, dat deze voor de bevolking minder zichtbaar is, omdat eenzaamheid sterk bepaald wordt door weinig sociale kontakten. Hulpverleners, zoals b.v. een huisarts en een wijkzuster, worden hiermee kennelijk vaker geconfronteerd, hetgeen begrijpelijk is wanneer informele, ondersteunende kontakten ontbreken.

7.3.2 Resultaten voor de afzonderlijke probleemindikatoren

De subjektieve totaal-indruk van de geïnterviewden (ALG-PROB). Uit tabel 7.2 kunnen we konkluderen dat 21,8% zegt in het 'afgelopen jaar' heel zwaar in problemen te hebben gezeten of nogal wat problemen te hebben gehad. Dus: ruim 1 op iedere 5 volwassen inwoners.

Tabel 7.2 *Antwoordverdelingen op de ALG-PROB.*

Globaal oordeel van respondent over aanwezigheid van problemen antwoordcategorie	"afgelopen jaar"			"nu of laatste week"		
	frekwentie	percen- tage	kumu- latief percen- tage	frekwentie	percen- tage	kumu- latief percen- tage
- heel zwaar in problemen	8	3.2	3.2	5	2.0	2.0
- nogal wat problemen	46	18.5	21.8	13	5.3	7.3
- wel wat problemen, niet ernstig	68	27.4	49.2	33	13.4	20.7
- weinig problemen	95	38.3	87.5	86	35.0	55.7
- totaal geen problemen	31	12.5	100.0	109	44.3	100.0
niet ingevuld	4			6		
	252	100.0		252	100.0	
gemiddelde stand. deviatie			2.62 1.03			1.86 .98

Voor de periode 'nu of in de laatste week' was dit 7.3% (1:14). Voegen we de beide criteria samen, dan blijkt 23.4% - naar hun eigen oordeel - in ernstige problemen of persoonlijke moeilijkheden te verkeren of tijdens het afgelopen jaar te hebben verkeerd.

Het gemiddelde oordeel van de sleutelfiguren over het afgelopen jaar (17%) vormt dus een geringe onderschatting gezien de bevindingen in het bevolkingsonderzoek. Bij het oordeel over de probleemsituatie rond de interview-datum was bij de sleutelfiguren sprake van een overschatting (15% tegenover 7.3%).

De subjectieve aard van de problemen (BIOPRO). Over de periode van een jaar gemeten, heeft 90% van de steekproef minstens met één van de 20 voorgelegde probleemgebieden 'enigszins' problemen of moeilijkheden gehad. Dit resultaat is niet zo verwonderlijk. Het toont aan dat in de periode van één jaar vrijwel iedereen in ernstiger of lichtere mate met levensproblemen wordt gekonfronteerd.

Tabel 7.3 Subjectieve aard en ernst van de problemen (BIOPRO).

BIOPRO problemen met:	geen	enigszins	nogal of ernstig
1. gezondheid	57%	32%	11%
2. toekomst	58%	30%	12%
3. uzelf	69%	21%	10%
4. leefsituatie in het dorp	74%	15%	11%
5. ontplooiingsmogelijkheden	72%	21%	7%
6. baan of werk	78%	14%	8%
7. ouders	75%	17%	8%
8. veranderingen in maatschappij	79%	13%	8%
9. financiën	75%	22%	3%
10. belangrijke personen buiten eigen gezin	77%	17%	6%
11. kontakt met anderen in het algemeen	78%	17%	5%
12. relatie met eigen levenspartner	79%	18%	3%
13. godsdienst	82%	13%	5%
14. wonen	85%	10%	5%
15. sexualiteit	85%	10%	5%
16. eigen kinderen	86%	10%	4%
17. eenzaamheid	88%	8%	4%
18. studie of opleiding	92%	4%	4%
19. ouder worden	92%	7%	1%
20. alkohol, drugs e.d.	96%	3%	1%

Met het oog op de signalering van risikogroepen is uiteraard vooral de groep relevant die deze problemen als 'nogal/ernstig' kwalificeert. We zullen deze kategorie hierna aanduiden met de term 'ernstige problematiek'. 50% van de geënquêteerden heeft in de loop van een jaar minstens één probleem ervaren dat als zodanig gekwalificeerd werd. Voor 16% geldt dat zelfs voor minimaal drie probleemgebieden.

Tabel 7.3 specificeert de aanwezigheid en subjectieve ernst van de problemen per probleemgebied. De zes meest voorkomende problemen hebben betrekking op: de gezondheid, de toekomst, 'uzelf', de leefsituatie in het dorp, ontplooiingsmogelijkheden en met de baan of het werk. Tot deze eerste zes horen dus geen problemen van meer relationele aard.

Opvallend is dat zich onder deze zes meest genoemde problemen slechts twee gebieden bevinden, die zowel door de sleutelfiguren als door de respondenten tot de zes meest frekwente 'problemen in het dorp' gerekend werden (gezondheid, baan of werk). Vier andere probleemgebieden, die bij het oordeel van de respondenten over hun eigen situatie, een belangrijke plaats innemen, bleken via de beide andere beoordelingskanalen niet te worden signaleerd.

De vraag is nu hoe dit verschil zou kunnen worden verklaard. Een mogelijke verklaring zou kunnen zijn dat sommige problemen in het dorp makkelijker aan de publieke oppervlakte komen dan andere. Problemen waarover gesproken wordt in het dorp hebben een sterkere invloed op de beeldvorming omtrent 'de problemen in het dorp'. We hebben tijdens ons verblijf de indruk opgedaan dat belangrijke sleutelfiguren het leefmilieu in het dorp als 'zeer goed' kwalificeerden en daarop ook trots zijn. We konden ons echter eveneens niet aan de indruk onttrekken, dat er een zekere weerstand bestond om binnen het dorp het leefklimaat ter discussie te stellen. Dit zou kunnen betekenen dat mensen die problemen hebben met het leefklimaat en de ontplooiingsmogelijkheden in het dorp, deze problemen weinig naar buiten durven of kunnen brengen. Daardoor worden ze in de publieke opinie niet of onvoldoende signaleerd, terwijl ze binnenskamers kennelijk een belangrijkere rol spelen.

Dat problemen met 'uzelf' ('met zichzelf in de knoop zitten') niet zo aan de publieke oppervlakte komen is mogelijk verklaarbaar uit het feit dat deze categorie zich minder leent tot publieke beeldvorming dan b.v. werkeloosheid, opvoedingsproblemen en huwelijksproblemen. Mogelijk geldt deze verklaring ook voor de categorie 'problemen met de toekomst'.

De RELATIONELE PROBLEMEN nemen binnen de BIOPRO een middenpositie in of iets lager. Nu zou hun positie mogelijk verklaard kunnen worden uit de omstandigheid, dat men juist over deze problemen - ook in het interview - minder makkelijk praat met anderen. Relaties van de betreffende houdingsvariabelen (par. 6.7.2.5) met de BIOPRO-relatieve waarden echter niet duidelijk afwijkend van de relaties met de BIOPRO-structureel.

Voegen we de verschillende 'relationele' items uit de BIOPRO samen dan zegt 23.4% het afgelopen jaar nogal of ernstig relationele moeilijkheden te hebben gehad.

Problemen met studie of opleiding, en met name met het ouder worden en met het gebruik van alcohol, drugs of medicijnen blijken weinig voor te komen. Ook bij de sleutelfiguren zijn hiervoor geen signalen gevonden. We veronderstellen dat dergelijke problemen vooral typerend zijn voor de grotere steden.

Hoewel we in tabel 7.3 bij de categorie 'nogal/ernstig' veelal lage percentages vinden, betekent dit niet dat het daarbij in de praktijk ook slechts om een handjevol mensen gaat. Eenzaamheid is hiervan een goed voorbeeld. Wanneer we dit percentage mogen generaliseren naar de totale gemeenschap, dan zou het daarbij nog altijd om bijna 80

volwassenen gaan. Het belang van een dergelijke groep wordt nog extra onderstreept wanneer we zien dat deze 4% gemiddeld een beduidend hogere VOG- en DV-skore heeft in vergelijking tot degenen die geen eenzaamheidsproblematiek rapporteerden (88%), zoals uit het onderstaande staatje van gemiddelden en standaard deviaties () blijkt:

	VOEG	DV
eenzaamheid (nogal/ernstig)	6.56 (2.92)	19.10 (6.22)
geen eenzaamheidsproblemen	2.54 (2.73)	9.45 (4.91)

Ondanks het lage percentage gaat het hier kennelijk om een groep die vanuit preventief oogpunt de aandacht verdient.

De mate van hinder bij ernstige problematiek. Bij ernstige problemen waarmee men het in het voorafgaande jaar nogal moeilijk heeft gehad, is gevraagd in welke mate deze hinder opleverden in het dagelijks functioneren. Van de totale steekproef verklaarde 40% van een of meerdere problemen 'nogal' of 'zeer ernstig' hinder te hebben ondervonden bij het functioneren in het dagelijks leven. Dit percentage vormt dus een verdere toespitsing van de ernstgraad van het probleem binnen de 50% die we reeds eerder aanmerkten als een probleemgroep over het afgelopen jaar. We verwachten dat juist ook de mate van ervaren hinder bepalend is voor de kans dat voor een probleem hulp gezocht wordt.

De VOG en de DV. In het Leefstijfsuatie Survey (CBS, 1974) werd een landelijk gemiddelde voor de VOG gevonden van 3.3. Voor gemeenten beneden de 5000 inwoners was dit gemiddelde 3.2. Bij een herhaling van dit onderzoek in 1977 bleek het landelijk gemiddelde te zijn gestegen van 3.3 naar 3.6. Het Sociaal Cultureel Rapport 1980 - dat zich o.m. baseert op het Leefstijfsuatie Survey 1977 - geeft voor het 'overig platteland' een gemiddelde van 3.5.

In ons onderzoek van 1977 vonden we een gemiddelde van 2.8. Dit is beduidend lager dan het landelijke gemiddelde voor plattelandsgemeenten. Nu zou dit verschil mogelijk verklaard kunnen worden door typerende kenmerken in de bevolkingsopbouw van onze onderzoeksgemeente. We hebben in paragraaf 6.3.2 en 6.4.3 gewezen op het grotere percentage jeugdigen en het geringere percentage ouderen, en bovendien op een gemiddeld wat lagere sociaal-ekonomiese status. We hebben daarom vergelijkingen met landelijke cijfers uitgevoerd per leeftijds-, opleidings- en inkomenskategorie (tabel 7.4), op basis van dezelfde operationalisaties van deze variabelen.

De konklusie uit deze vergelijking is duidelijk. Op alle leeftijds-, opleidings- en inkomenskategorieën geeft onze plattelandsgemeente een duidelijk lagere VOG-skore te zien dan landelijk geldt. De gunstigere situatie in onze gemeente is dus niet terug te voeren tot een leeftijds-, opleidings- of inkomenseffekt. Wel zien we dat de verschillen het grootst zijn in de oudere leeftijdskategorieën en in de lagere opleidings- en inkomensgroepen. Juist voor deze groepen laat de VOG in de onderzoeksgemeente een aanzienlijk gunstigere situatie zien dan op grond van landelijke cijfers voor deze groepen kan worden verwacht. Aangezien de verschillen in tabel 7.4 zich bij alle genoemde categorieën voordoen, zijn we geneigd de lagere skores toe te schrijven aan een gunstiger sociaal leefklimaat in het dorp. Dergelijke verklaringen zijn echter alleen verdedigbaar,

als we ook bij andere probleemindikatoren eenzelfde verschil kunnen aantonen. Een alternatief zou zijn: mensen die vaker ernstige psychosociale problemen hebben, zijn eerder geneigd uit een dorpsgemeenschap weg te trekken en minder geneigd naar een dorpsgemeenschap te verhuizen (de zg. 'drifthypothese').

Tabel 7.4 VOEG-gemiddelden per leeftijds-, opleidings- en inkomenscategorie, landelijk en in ons onderzoek.

VOEG	landelijk gemiddelde	gemiddelde ons onderzoek
<u>leeftijd</u>		
18 - 24	3.1	2.4
25 - 34	2.8	2.2
35 - 44	3.5	3.0
45 - 54	4.0	3.5
55 - 64	4.8	3.5
65+	4.5	2.8
<u>opleidingsnivo</u>		
laag	4.8	3.4
midden	3.7	2.6
hoog	2.8	2.3
<u>inkomensnivo</u>		
laag	4.8	3.0
midden	3.6	2.8
hoog	3.1	2.1

Bron: CBS, (1978, pag. 90) leeftijd, SCR (1980, pag. 322-324): opleiding en inkomen

Voor de DV geeft Appels (1974) op basis van een landelijke steekproef (n=1832) de volgende gemiddelden voor mannen en vrouwen

Tabel 7.5 Gemiddelde en standaard deviatie van de DV, landelijk en in ons onderzoek.

DV		landelijk	ons onderzoek
mannen	gem.	12.6	9.5
	st.d.	7.4	5.1
vrouwen	gem.	14.3	11.1
	st.d.	7.2	5.9

Hier herhaalt zich hetzelfde beeld als bij de VOEG, nl. lagere scores dan men op basis van landelijke gemiddelden zou verwachten (mannen $t=5.90$, $p<.001$, vrouwen $t=5.49$, $p<.001$).

We konkluderen dat de door ons onderzochte plattelandsgemeenschap - in vergelijking tot landelijke cijfers - gekenmerkt wordt door lagere, individuele probleemscores, voorzover deze tot uitdrukking komen in symptomen van psychosomatische en psychoneurotische aard. We voegen hier nog aan toe, dat er volgens opgave van de plaatselijke huisarts tijdens de onderzoeksperiode geen inwoners opgenomen waren in een psychiatrisch ziekenhuis. Het lijkt daarom gerechtvaardigd in het algemeen te konkluderen, dat de geestelijke gezondheidssituatie in deze plattelandsgemeenschap gunstig afsteekt tegen de landelijke

situatie. Of de hier onderzochte situatie ook gunstiger is dan in het algemeen voor kleine plattelandsgemeenten geldt, valt moeilijker te zeggen bij gebrek aan geschikt vergelijkingsmateriaal. De VÖEG-cijfers geven wel een positieve indicatie in die richting.



7.3.3 Relaties tussen probleemindikatoren

Alvorens we bespreken of we op basis van de probleemindikatoren gezamenlijk uitspraken kunnen doen over de prevalentie van psychosociale problematiek, respectievelijk psychosociale nood, zullen we eerst aandacht schenken aan de onderlinge samenhang tussen deze indicatoren.

Konklusies over de aard van de gebruikte indicatoren en hun validiteit zijn mede afhankelijk van de aard van hun onderlinge samenhang. Globaal genomen zou men kunnen zeggen dat al deze indicatoren de aanwezigheid en ernst van 'psychosociale problematiek' pogen te signaleren. Langs verschillende wegen is getracht fenomenen te meten, die verondersteld worden tot dezelfde verzameling te behoren. Op grond hiervan verwachten we dat alle indicatoren significant met elkaar samenhangen.

Anderszjds wilden we met de verschillende indicatoren verschillende aspecten meten binnen deze verzameling. Dat is ook juist de reden, waarom we voor een multi-indicatorbenadering hebben gekozen (par. 6.7.2.2). Er is dan ook geen sprake van 'soortgenoten' in de strikte zin van het woord. Onderlinge korrelaties verwijzen eerder naar konstruktvaliditeit dan naar soortgenoot-validiteit. Gezien de spreiding van de diverse probleemaspecten, verwachten we geen al te hoge onderlinge relaties.

De resultaten in bijlage 15 bevestigen deze verwachtingen. Alle pearson-korrelaties tussen de probleemindikatoren zijn significant ($p < .001$), met uitzondering van de relatie tussen de VÖEG en de BIOPRO-STRUKTUREEL. Op grond van hun onderlinge samenhang vonden we bij een principale komponentenanalyse dan ook één globale probleemfaktor (par. 6.7.2.2). Gezien de scheve verdelingen en het ordinale karakter van een aantal indicatoren hebben we deze verbanden eveneens via een nonparametrische associatiemaat (Kendall's tau) onderzocht. Alle eerder gevonden significante verbanden blijven ook hier significant. Ook de hoogte van de gevonden verbanden op basis van de tau wijken slechts weinig af van de pearson-korrelaties. De numerieke waarde van de tau is doorgaans iets lager dan van de r .

De VÖEG blijkt zich nog het meest onafhankelijk te gedragen van de overige indicatoren. Dit geldt in het bijzonder ten opzichte van de indicatoren, die rechtstreeks verwijzen naar subjektieve probleembelevingen. Dit is niet geheel verwonderlijk, omdat psychosomatische symptomen vaak samengaan met een verdringing van de onderliggende psychosociale problematiek. Juist om ook deze gevallen van psychosociale problematiek te signaleren hebben we de VÖEG in het onderzoek opgenomen.

Om de inhoudelijke betekenis van de VÖEG, DV en de ALG-PROB-indicatoren nader te onderzoeken, hebben we hen gerelateerd aan de BIOPRO-items afzonderlijk (bijlage 16). We hebben - gezien de zeer scheve verdeling van de BIOPRO-items - de samenhang zowel berekend

op basis van pearson-korrelaties als via Kendall's tau. Ook hier komen we tot de konklusie dat de verschillen zeer gering zijn. We vatten deze en de hiervoor gekonstateerde overeenkomst tussen r en τ op als een aanwijzing voor de robuustheid van de r .

De genoemde probleemindikatoren blijken aan een brede reeks probleemgebieden gerelateerd. Voor de DV en de ALG-PROB-indikatoren betreft dit zowel de 'strukturele problemen', problemen met de gezondheid, maar in het bijzonder de relationele problemen en problemen met 'uzelf'. De VOEG vertoont de zwakste verbanden met de BIOPRO-items. We vonden enkele verbanden met 'gezondheid', 'uzelf' en enkele relationele problemen; maar geen verband met problemen van meer sociaal-strukturele aard.

Een nader inzicht in de VOEG krijgen we, wanneer we de relaties tussen de probleemindikatoren apart berekenen voor mannen en vrouwen (bijlage 15). Bij vrouwen blijkt de relatie tussen de VOEG en de overige indicatoren aanzienlijk hoger te zijn dan bij mannen. Bij deze laatste categorie is zelfs in het geheel geen relatie aanwezig met de BIOPRO-relationeel en -struktureel. Ook de relatie tussen de VOEG en de DV is bij mannen aanzienlijk lager ($r=.20$, $p<.05$) dan bij vrouwen ($r=.52$, $p<.001$). Dit resultaat is des te opmerkelijker aangezien de VOEG als stressmaat nu juist gekonstrueerd is op basis van de antwoordpatronen van mannen. Bovendien vond Nijhof (1979) onder mannen een korrelatie van 0.50 tussen de DV en de VOEG. Het is denkbaar dat bij mannen in onze populatie psychosomatische reacties sterker gepaard gaan met het onderdrukken van bewuste probleembelevingen dan bij vrouwen. In dat geval is de aanwezigheid van de VOEG in de multiple-indikatorenbenadering een extra garantie voor de validiteit van onze poging om ook bij mannen psychosociale problemen te signaleren. Anderzijds moeten we op grond van deze bevindingen ook rekening houden met de mogelijkheid, dat de VOEG als indikator voor psychosociale problematiek bij mannen in ons onderzoek juist minder valide is dan bij vrouwen. We zullen ons eindoordeel hierover mede laten afhangen van de relatie bij mannen tussen de VOEG enerzijds en de demografische variabelen en de aard van de klachten bij de huisarts anderzijds.

Met enige reserve voor wat betreft de VOEG (bij mannen), konkluderen we uit deze paragraaf, dat de besproken indicatoren - ondanks hun onderlinge verschillen - alle een indicatie bieden voor de aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen. We nemen bovendien aan, dat zij ten opzichte van elkaar bij het signaleren van psychosociale problematiek een aanvullende functie vervullen.

7.3.4 Schatting van de totale prevalentie aan psychosociale problematiek, respektievelijk psychosociale nood

Om dergelijke schattingen te maken op basis van meerdere probleemindikatoren gezamenlijk biedt de testtheorie een tweetal strategieën. De eerste strategie staat bekend als de 'GEWOGEN KOMBINATIE VAN TESTS' (de Zeeuw, 1978 p.387). De beschikbare probleemindikatoren worden via een additief lineaire functie tot één probleemmaat samengevoegd, waarbij aan iedere afzonderlijke indikator een bepaald gewicht wordt toegekend. Op deze sa-

mengestelde indikator wordt vervolgens één schaalwaarde aangewezen, waarboven iemand tot een probleemgroep gerekend wordt. Men noemt dit laatste snijpuntbepaling (Appels, 1975) of de vaststelling van de kritieke waarde (de Zeeuw, 1978). In ons geval zou dit dan op de GLOBALE PROBLEEMINDEX dienen te gebeuren.

Een alternatieve strategie is de zogenoemde 'MULTIPLE SNIJPUNTBEPALING' (Cronbach, 1960; de Zeeuw, 1978). Toegepast op onze situatie: op ieder van de afzonderlijke probleemindikatoren wordt een snijpunt bepaald. Vervolgens worden die personen tot een probleemgroep gerekend, die minstens op één van de indicatoren boven het snijpunt skoren. Testtheoreties is er dus sprake van een disjunctief model (of...of...). Het gebruik van meerdere tests in dit 'of-of'-model biedt de mogelijkheid om via indikator B alsnog de zogenoemde 'fout-negatieven' op indikator A (niet-ontdekte probleemgevallen) op te sporen.

Alvorens een keuze tussen beide strategieën te doen zullen we eerst wat dieper ingaan op het bepalen van een snijpunt.

Het probleem van de snijpuntbepaling. De plaats van een snijpunt in een test, waarboven iemand b.v. ziek, gestoord, deviant of daarentegen juist geschikt voor een bepaalde taak genoemd wordt, is van twee typen overwegingen afhankelijk. Allereerst is het doel van de test, zowel theoreties als prakties, maatgevend. Op de tweede plaats is het snijpunt afhankelijk van een aantal statistiese en methodiese kriteria zoals o.m. de sensitiviteit, de specificiteit, het foutenpercentage en de significantiewaarde bij de vergelijking van de test met een criterium (Sturmans, 1975). We zullen beide aspecten bespreken.

We hebben eerder gekonkludeerd, dat in de loop van een jaar iedereen wel eens met levenssituaties gekonfronteerd wordt die men als 'problematies' kenschetst. Via snijpuntbepaling willen we op basis van meerdere probleemindikatoren allereerst die groep selekteren, waarvan mag worden aangenomen dat er gedurende het afgelopen jaar sprake is geweest van ernstige psychosociale problematiek, waarbij hulp van anderen een belangrijke ondersteunende funktie zou kunnen hebben vervuld. Met deze hulp bedoelen we dan informele en/of professionele hulp. We zijn geïnteresseerd in de mate waarin binnen deze groep gebruik gemaakt wordt van de diverse hulpverleningsmogelijkheden.

In tweede instantie willen we nagaan of het mogelijk is een groep af te splitsen, waarbij zeer waarschijnlijk sprake is van psychosociale nood, dus een behoefte aan professionele hulp. We zullen ons daarbij voorlopig beperken tot het criterium van de subjektieve ernst van de problematiek, respektievelijk de omvang van het aantal symptomen. Het criterium van de beschikbaarheid van informele hulp (par. 2.3.3) komt pas later aan de orde.

Methoden van snijpuntbepaling. In geen enkel sociaal-wetenschappelijk onderzoek is het mogelijk psychologische of sociale concepten met absolute validiteit te meten. Men streeft naar een zo hoog mogelijke validiteit door de proportie van systematiese en niet-systematiese fouten zo veel mogelijk te beperken. In ons geval komt daar nog bij dat wij niet de illusie hebben dat we de aanwezigheid of afwezigheid van psychosociale nood ooit precies zouden kunnen afmeten aan de skore boven of onder één bepaald getalskriterium. Een dergelijk criterium gebruiken we veeleer om een hoge dan wel lage waarschijnlijkheid te

bepalen voor de aanwezigheid van psychosociale nood, en wel zodanig dat het voor de beleidsvoering in de AGGZ een bruikbaar handvat biedt om er richtlijnen voor zinvol handelen uit af te leiden.

Bij de beoordeling van de validiteit van diagnostische criteria wordt in de epidemiologie gebruik gemaakt van twee begrippen: sensitiviteit en specificiteit (Sturmans, 1975, pag. 75 e.v.). De betekenis ervan kan worden aangeduid via de hiernavolgende 2 x 2 tabel. Langs de verticale as staat een nieuwe indikator vermeld, horizontaal het te meten theoreties concept dan wel een valide criterium hiervoor.

	stoornis aanwezig	stoornis afwezig	totaal
indikator positief	a	b	a + b
indikator negatief	c	d	c + d
totaal	a + c	b + d	a + b + c + d

Zou een indikator absoluut valide zijn, dan zouden alle onderzochte personen ófwel onder a ófwel onder d vallen; b en c zouden niet voorkomen. Aangezien een indikator nooit absoluut valide is kunnen er in dit schema twee typen fouten voorkomen. Van FOUT-NEGATIEVEN (c) wordt gesproken wanneer een indikator ten onrechte een bepaalde stoornis of ziekte niet ontdekt. De mate waarin een indikator in staat is bestaande stoornissen te ontdekken, wordt de SENSITIVITEIT van een indikator genoemd, uitgedrukt in de formule $\frac{a}{a + c}$. Hoe minder het aantal fout-negatieven, hoe hoger de sensitiviteit. Bij FOUT-POSITIEVEN veronderstelt een indikator ten onrechte de aanwezigheid van een ziekte of stoornis. Naarmate een indikator minder fout-positieven oplevert, is deze indikator specifiek. De SPECIFICITEIT wordt berekend via de formule $\frac{d}{b + d}$.

Sensitiviteit en specificiteit variëren afhankelijk van de kwaliteit van de indikator en van de lokalisatie van het snijpunt. Een snijpunt met een lage drempelwaarde verhoogt de sensitiviteit (=minder fout-negatieven), maar verlaagt de specificiteit (=meer fout-positieven). Bij de keuze van een snijpunt met een hoge drempelwaarde is het omgekeerde het geval.

Omdat we hier met een 2 x 2 tabel te doen hebben kunnen we ons bij de keuze van het snijpunt laten leiden door de hoogte van de Phi-koëfficiënt (Siegel, 1956). De Phi biedt de mogelijkheid voor statistiese toetsing en drukt tegelijkertijd de mate van samenhang uit tussen indikator en criterium, vergelijkbaar met Pearson's r. De keuze van het snijpunt met de hoogste Phi levert de hoogste som van de sensitiviteit en specificiteit op.

De keuze van een criterium. De berekening van de sensitiviteit en de specificiteit veronderstelt, dat we over een valide criterium beschikken waarmee we de scores op een nieuwe indikator kunnen vergelijken. Dit is het geval wanneer we de indikatiescores van een groep psychiatrische patiënten zouden vergelijken met de scores van een groep personen, die blijkens uitgebreid psychiatrisch onderzoek geen psychosociale stoornissen vertoont. Deze methode staat bekend onder de naam 'KNOWN GROUPS VALIDITY'.

We noemen dit hier voor het gemak methodiek A.

Ontbreken dergelijke externe criteria dan zijn er voor de bepaling van het snijpunt twee alternatieven mogelijk. Men kan een probleemgroep selektieren OP BASIS VAN DE ZELFBEORDELING van de onderzochte personen met betrekking tot de aanwezigheid van problemen (methode B). Simpel gesteld: de probleemgroep wordt gevormd door degenen die van zichzelf zeggen dat ze problemen hebben of hebben gehad. Dit criterium heeft echter het risico van een groot aantal fout-negatieven, omdat de betrokkene zich ofwel van de aanwezige psychosociale problematiek niet bewust is, ofwel tijdens het onderzoek niet voor deze problematiek wil uitkomen.

Is noch methode A, noch methode B beschikbaar dan kan men zijn toevlucht nemen tot een ZUIVER STATISTISCH KRITERIUM (methode C). Men legt dan het snijpunt b.v. bij de score die gevormd wordt door het gemiddelde, verhoogd met de standaarddeviatie ($\bar{X} + s$). De validiteit kan hierbij echter niet worden getoetst, zodat methode A en in mindere mate methode B de voorkeur verdient.

De bepaling van een 'probleemgroep'. Voor het bepalen van de aanwezigheid van 'ernstige' psychosociale problematiek, ONGEACHT de behoefte aan professionele hulp, beschikken we niet over een extern, maar wel over een intern criterium (ALG-PROB). Methode A is hier dus niet toepasbaar maar methode B wel. Dit interne criterium lijkt gevoelig voor fout-negatieven en we moeten het dus hierop corrigeren. We doen dit door toepassing van de eerder beschreven strategie van de multiple snijpuntbepaling volgens een disjunctief model.

We gebruiken degenen, die 'nogal wat' of 'heel zwaar in de problemen' hebben geantwoord op de ALG-PROB (23.4%), als een interne criteriumgroep om de best-passende snijpunten te bepalen op de andere probleemindikatoren aan de hand van de hoogste Phi-waarde. De uiteindelijke 'probleemgroep' wordt gevormd door de voorlopige criteriumgroep, aangevuld met personen die op minstens één van de andere indicatoren boven het snijpunt skoren. De voorlopige criterium groep wordt dus op haar beurt via de andere probleemindikatoren in ons onderzoek gekorrigeerd voor fout-negatieven.

We hebben de gemiddelde scores van de voorlopige probleemgroep op de overige indicatoren vergeleken met de gemiddelden van de voorlopige 'niet-probleemgroep' (bijlage 17). In alle gevallen bleek de eerste groep zich significant van de tweede te onderscheiden, nl. door hogere probleemscores. Dit bevestigt het criterium-karakter van de voorlopige probleemgroep. Mede op grond hiervan lijkt ons de uitvoering van de hiervoor beschreven procedure gerechtvaardigd.

In tabel 7.6 hebben we de resultaten van deze procedure weergegeven. De drie toegevoegde indicatoren blijken ieder een eigen correctie op te leveren ten opzichte van de criterium-groep. De methode van de multiple snijpuntbepaling volgens een disjunctief model en uitgaande van een intern (subjektief) criterium resulteert in een probleemgroep van 142 personen, d.w.z. 56.3% van de steekproef.

Hoewel we de kans op fout-positieven veel minder groot achten dan op fout-negatieven, lijkt het ons toch juist om ook op fout-positieven een correctie toe te passen. We doen dit door de eis toe te voegen dat een persoon pas tot de probleemgroep gerekend wordt, wanneer de selectie gebaseerd is op minimaal twee probleemindikatoren. Dit geldt voor bijna twee derde van de hiervoor genoemde probleemgroep. Onze uiteindelijke, meer voor-

zichtige schatting van het percentage personen dat binnen de periode van een jaar zeer waarschijnlijk een of meerdere ernstige psychosociale problemen heeft gehad op 36.5%.

De geschatte prevalentie van psychosociale nood. Als startpunt kiezen we hier de DV, omdat dit het enige meetinstrument is, waarbij we over enkele externe criteria beschikken ten aanzien van het snijpunt. Appels (1974) adviseert op basis van vergelijkingen met een onafhankelijk psychiatrisch onderzoek, het snijpunt te leggen tussen de scores 20 en 21. Hij zegt daar overigens uitdrukkelijk bij, dat dit niet gezien moet worden als de grens tussen ziek en gezond, maar als een praktisch advies bij screening. De-
genen die boven dit snijpunt scoren hebben waarschijnlijk veel en intense psychische problematiek. Zij voelen zich daarbij in het dagelijks leven dusdanig gehinderd, dat een gesprek hierover met een (studenten)arts of andere professionele hulpverlener zinvol mag worden geacht. Dat dit snijpunt op studenten is gevalideerd is voor ons onderzoek een beperking.

Er zijn twee redenen waarom we dit snijpunt - met de nodige reserves - toch als een bruikbaar uitgangspunt bij ons onderzoek beschouwen. Ten eerste vonden Arrindell et al. (1980) bij phobici een gemiddelde van 21.64 (mannen) en 22.35 (vrouwen). Ten tweede komt dit snijpunt - afgaande op de gegevens van Appels op basis van een landelijke steekproef - vrijwel overeen met het statistische criterium, nl. het gemiddelde plus de standaarddeviatie.

Uitgaande van dit snijpunt op de DV hebben we op basis van de hoogste phi-waarde het best-passende snijpunt op de VOG en de BIOPRO-SOM gezocht. Bij de VOG bleek dit snijpunt tussen 7 en 8 te liggen ($\Phi=,46$) en bij de BIOPRO-SOM tussen 15-16 ($\Phi=,36$). Omdat het hier uiteraard om zeer scheve verdelingen gaat, moet wel worden opgemerkt, dat de Phi hier niet geheel betrouwbaar is. We willen een voorzichtige houding aannemen in het toekennen van het label 'psychosociale nood' (=behoefte aan professionele hulp). We zullen daarom niet kiezen voor een minder scheve verdeling ten einde de betrouwbaarheid van de Phi-waarde te verhogen. De weergegeven Phi-waarde is dus mogelijk een overschatting. De snijpunten leveren ten opzichte van elkaar een hoge specificiteit op, een gering foutenpercentage, maar een lage sensitiviteit (tabel 7.7). Dit betekent, dat de gebruikte meetinstrumenten juist aan de bovenkant van de schaal minder onderlinge overlap vertonen en de specifieke uitingsvorm van de psychosociale nood - althans op deze indicatoren - een sterker gewicht krijgt.

De ALG-PROB-indicatoren laten we hier buiten beschouwing, omdat zij door het geringe aantal categorieën te weinig differentiatie-mogelijkheden bieden voor het uitkiezen van het best-passende snijpunt.

Het percentage respondenten, dat minstens op één van de genoemde indicatoren boven het snijpunt scoort, is 15.1% ¹⁾. We achten het zeer waarschijnlijk dat er bij de personen in deze groep gedurende de periode van één jaar sprake is geweest van een psychosociale noodsituatie, en dat er bij hen in subjektieve of meer objectieve zin behoefte aan een of andere vorm van kuratieve-professionele hulp mag worden verondersteld.

¹⁾ Aangezien we het criterium hier vrij hoog gesteld hebben, achten we het niet nodig hier een correctie aan te brengen voor fout-positieven.

Tabel 7.6: Snijpunten op de VOEG, DV en BIOPRO voor de selectie van een probleemgroep.

(n=252)

KEUZE VAN DE SNIJPUNTEN			snijpunt	sensitiviteit	specificiteit	totaal % fouten	Phi-waarde	boven snijpunt		toevoeging t.o.v. criteriumgroep
probleem-indikator	\bar{x}	SD						n	%	
int. krit. groep (ALG-PROB) ¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	59	23.4	-
VOEG	2.78	2.93	4/5	.37	.82	28%	.20	56	22.2	34
BIOPRO	5.58	5.36	7/8	.47	.79	28%	.27	67	26.6	39
DVc	10.05	5.55	10/11	.73	.67	31%	.34	106	42.1	63

SAMENSTELLING VAN DE PROBLEEMGROEP				OMVANG VAN PROBLEEMGROEP			
geselecteerd op basis van:			n	%		n	%
- vier probleemindikatoren			10	4.0	} som	voorzichtige schatting (twee of meerdere probl. ind.)	92 36.5
- drie probleemindikatoren			34	13.5			
- twee probleemindikatoren			48	19.0			
- slechts één probleemindikator			50	19.8	} som	ruime schatting (één of meerdere probl. ind.)	142 56.3
- rest: niet geselecteerd			110	43.7			

¹⁾ zie toelichting in de tekst

Tabel 7.7: Snijpunten op de DV, VOEG en BIOPRO-SOM voor de selectie van een 'groep met psychosociale nood'

(n=252)

KEUZE VAN DE SNIJPUNTEN			snijp.	sens.	spec.	% fout	Phi	boven snijpunt		toegevoegd
	\bar{x}	SD						n	%	
kriteriumgroep (DVc)	10.05	5.55	20/21					17	6.7	
VOEG	2.78	2.93	7/8	.53	.96	7%	.46	20	7.9	11
BIOPRO-SOM	5.58	5.36	15/16	.35	.97	7%	.36	14	5.6	8

SAMENSTELLING VAN DE NOODGROEP				OMVANG PSYCHOSOCIALE NOODGROEP			
geselecteerd op basis van:			n	%		n	%
- drie indicatoren			4	1.6	} som	38 15.1	
- twee indicatoren			5	2.0			
- één indikator			29	11.5			
- rest: niet geselecteerd			214	84.9			

Anderzijds, wordt bij de overige 84.9% dergelijke psychosociale nood en deze hulpbehoefte niet waarschijnlijk geacht gedurende het 'afgelopen jaar'¹⁾.

Deze percentages zijn in zoverre betrekkelijk, dat zij mede afhankelijk zijn van de aard van de gebruikte indicatoren, analysemethoden en snijpuntbeslissingen. Anderzijds past dit percentage (15%) bij de konklusie welke de bekende epidemioloog Leighton (1979) trekt op basis van de psychiatries-epidemiologische literatuur.

"If various published tables are re-stated in terms of an adult age range and are interpreted conservatively, it then appears that many studies would agree in placing the prevalence rate of all disorders counted together at 20% or more."
(pag. 238)

Aangezien, in vergelijking tot landelijke cijfers, de prevalentie in ons dorp naar verwachting lager is (par. 7.3.2), konkluderen we dat de geschatte 15% past in het beeld dat uit de epidemiologische literatuur naar voren komt. Bovendien vonden Giel en LeNobel (1971) in een vergelijkbare dorpsstudie via psychiatrische interviews eveneens een prevalentie van 14% ²⁾.

Hoewel we eerder psychosociale nood gelijk gesteld hebben aan de behoefte aan professionele hulp (b.v. van een huisarts, maatschappelijk werker, AGGZ-buro), gaat het hier nog slechts om een voorlopige konklusie omtrent de omvang van deze behoefte. We hebben tot nu toe immers alleen de aanwezigheid van probleemervaringen en symptomen als criterium genomen. Eerder hebben we echter gesteld (par. 2.3.3) dat hierbij ook de beschikbaarheid van informele hulp betrokken zou moeten worden. We komen op dit aspect in hoofdstuk 9 nog terug.

7.4 LOKALISERING VAN RISIKOGROEPEN

In hoofdstuk 3 hebben we besproken wat de theoretische en beleidsmatige betekenis is van begrippen als: risikogroep, risikofactor en risico-indikator. We hebben daar bovendien een samenvatting gegeven van de belangrijkste demografische risico-indicatoren voor het voorkomen van psychosociale nood, zoals we die in de sociaal-epidemiologische literatuur hebben aangetroffen.

¹⁾ De kwalifikatie 'afgelopen jaar' heeft enige toelichting. Deze periode is in eerste instantie afgeleid uit de aanwezigheid van de BIOPRO te midden van de criteriumindicatoren. Deze verwijst immers naar de jaar-prevalentie. De VOG en de DV geven strikt genomen slechts een tijdstip-prevalentie weer. Bij psychosociale stoornissen gaat het doorgaans echter om meer langdurige verstoringen van het psychosociale evenwicht. Zo is het bekend dat de scores van respondenten op de genoemde indicatoren over een reeks van maanden redelijk stabiel blijven. Daarom kunnen we hen beschouwen als een benadering van de jaarprevalentie. We lopen daarbij echter wel het risico dat de gevonden percentages een onderschatting vormen van de feitelijke jaarprevalentie.

²⁾ Tussen de studie van Giel en LeNobel en onze studie is echter wel een verschil in meetperiode. Hun onderzoek betreft de tijdstip-prevalentie, terwijl in ons onderzoek zowel indicatoren voor tijdstip-prevalentie (VOEG, DV) als voor jaarprevalentie BIOPRO-SOM) zijn gebruikt. Uitgaande van de jaarprevalentie zou het percentage van Giel en LeNobel dus wat hoger uitkomen. Hier staat echter tegenover dat het bij psychische stoornissen doorgaans om meer langdurige verstoringen van het psychosociale evenwicht handelt (zie ook noot 1).

(n=252)	VOEG	DV	ALG PROB	BIO- PRO	BIOPRO HINDER	GLOB. PROB. INDEX
PERSOONSKENMERKEN						
sexe (m/v)	.13	.14	.	.	.17	.14
leeftijd (18-85)	.13	-.33	.	-.37	-.16	-.26
LEEFVERBAND						
gehuwd (resp. gew.) (-/+)	.11	-.17	.	-.17	.	-.11
aantal kinderen	.13	-.23	.	-.27	-.10	-.16
alleenwonend (-/+)	.	.	.	-.13	(-.11)	-.10
SOCIAAL-EKONOMIESE STATUS						
* opleiding (laag-hoog)	-.17	(.11)	.	.20	.11	.11
oefent beroep uit (-/+)	-.16	.	.	.	-.15	.
beroepsnivo resp. (laag-hoog)	(-.15)	-.19	-.15	.	.	-.18
* beroepsnivo kostw. (laag-hoog)	-.20	.	.	.17	.18	.19
* (gezins-)inkomen	.	.	.	.	.	.
grootte bedrijf (-/+ 50 pers.)	.	.	.	.	.	.
werkt in/buiten woongemeente	.	.12	.	.	.	.
ploegenarbeid (-/+)	(.18)	.14	.19	.15	(.21)	.18
uitkering: wwv, zw, wao (-/+)	.21	(.11)	.21	.	.25	.24
LEVENSBSCHOUWING						
intensiteit godsdienst (hoog-laag)	.	.27	.14	.31	.19	.27
kontaktfrek. m. kerk (hoog-laag)	.	.24	.	.34	.21	.26
voorkeur progres. partij (-/+)	.	.22	.14	.26	.23	.25
SOCIALE INTEGRATIE						
autochtoon-allochtoon	.	.	.	.	.	.
woonduur in gemeente (-/+ 5 jr)	.	.	-.13	.	.12	.
omvang soc. netwerk (klein-groot)	.	.	.	.	.	.
sociaal contact (weinig-veel)	-.20	.	.	.	.	.
MULTIPLE KORRELATIE	.36	.43	.25	.44	.42	.45
FAKTOR 1: GENERATIEFAKTOR	.	-.36	.	-.41	-.21	-.30
FAKTOR 2: MAN-VROUW ROL	.11	.	.	.	.13	.
FAKTOR 3 SOCIAAL-EKON. STATUS	-.17	.	.	.	.	.
MULTIPLE KORRELATIE	.20	.36	.	.41	.25	.30

Toelichting

1. Bij de variabelen met een sterretje ervoor zijn (soms) in een of twee dichotome dummy's getransformeerd (par. 6.10) wanneer er op basis van de beoordeling van de regressielijn duidelijke aanwijzingen waren voor een kromlijnig verband.
2. Alleen variabelen met een significante Pearson-korrelatie zijn vermeld ($p < .05$). Al deze verbanden zijn 'nonparametries' gecontroleerd via Kendall's Tau. Wanneer de significantie niet werd bevestigd door de Tau, zijn deze verbanden tussen haakjes geplaatst.
3. De multiple korrelatie is berekend via het programma NEW REGRESSION uit het SPSS-pakket (Update 1981). Hierbij werd de strategie gevolgd van de 'stepwise forward inclusion'. Alleen variabelen met een significante F-waarde voor wat betreft de toegevoegde R^2 -waarde, werden in de regressie-vergelijking opgenomen.

Tabel 7.8 Relaties (r) tussen demografische variabelen en probleemindikatoren.

In deze paragraaf rapporteren we de resultaten, die we in ons onderzoek hebben gevonden ten aanzien van de spreiding van psychosociale problematiek, respectievelijk psychosociale nood over de diverse sociale groeperingen binnen de onderzochte dorpsgemeenschap. Hieruit kunnen konklusies worden getrokken over aanwezige risikogroepen.

We bespreken eerst de verbanden tussen de probleemindikatoren en de demografische variabelen afzonderlijk (tabel 7.8). Hierbij zullen we de data tevens op een aantal mogelijke interactie-effecten controleren. Op basis van onze kennis over de onderzoeksgemeente en op basis van de epidemiologische literatuur, verwachten we dat de belangrijkste interactie-effecten door de variabele 'sexe' te weeg worden gebracht. We hebben de relaties daarom tevens voor mannen en vrouwen apart berekend (tabel 7.9).

In tweede instantie gaan we na in hoeverre de demografische variabelen gezamenlijk in staat zijn het vóórkomen van psychosociale problematiek in deze dorpsgemeenschap te identificeren en te lokaliseren. We maken daarbij gebruik van een regressie-analytische strategie. Deze zal op twee wijzen worden uitgevoerd. Ten eerste zullen we nagaan wat de gezamenlijke prediktieve waarde is van de demografische FAKTOREN, welke we in par.

6.7.2.1 beschreven hebben op basis van de onderlinge relaties tussen de demografische variabelen. Deze factoren representeren de belangrijkste demografische dimensies in de bevolkingsopbouw van deze gemeente. Om te controleren of deze klustering van demografische variabelen bruikbaar is om de aanwezige prevalentie zo optimaal mogelijk te voorspellen, hebben we tevens een regressie-analyse uitgevoerd op basis van de demografische variabelen afzonderlijk.

7.4.1 Sexe en leeftijd

We vinden bij VROUWEN meer symptomen van psychosomatische en psychoneurotische aard dan bij MANNEN. De relaties zijn echter bescheiden en minder sterk dan in de literatuur (par. 3.4 wordt gesuggereerd. Afgaande op de ALG-PROB en de BIOPRO zijn er geen aanwijzingen dat vrouwen als totale categorie binnen onze steekproef in subjectieve zin meer problemen ervaren dan mannen. Wel vonden we bij vrouwen meer problematiek van relationele aard (BIOPRO-RELATIONEEL, $r=.16$, $p<.005$) en ervaaarden zij meer hinder van hun problemen.

Dat vrouwen en mannen onderling wel verschillen te zien geven op de beide symptoomschalen en niet op de beide indicatoren voor subjectieve probleemervaringen, brengt ons tot de konklusie dat de gevonden sexe-verschillen niet toegeschreven kunnen worden aan de - veronderstelde - neiging van vrouwen om zich eerder van problemen bewust te zijn of deze te uiten (par. 3.4.2). Het is echter mogelijk dat dit wel geldt voor problemen van relationele aard.

Een verdere specificatie naar de afzonderlijke levensgebieden van de BIOPRO geeft de volgende verschillen tussen mannen en vrouwen te zien. Vrouwen ervaren meer problemen rond gezondheid, kontakt met anderen, eenzaamheid en de leefsituatie in het dorp. Mannen ervaren meer problemen op financieel gebied en ten aanzien van maatschappelijke veranderingen. Deze relaties tenderen naar een traditionele rolverhouding. De aard van de gevonden verschillen passen bij de bevinding in de literatuur dat vrouwen (par. 5.2.2) meer gebruik maken van instanties voor lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg.

	mannen (n=134)					GLOB. PROB. INDEX	vrouwen (n=118)					GLOB. PROB. INDEX
	VOEG	DV	ALG PROB	BIO- PRO	BIOPRO HINDER		VOEG	DV	ALG PROB	BIO- PRO	BIOPRO HINDER	
PERSOONSKENMERKEN												
sexe (m/v)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
leeftijd (18-85) (voor mannen: getransformeerd)**	.24	-.37**	-.32**	-.26**	-.14**	-.38**	.	-.33	.	-.47	-.26	-.32
LEEFVERBAND												
gehuwd (resp. gew.) (-/+)	.22	-.22	.	.	.	.	.	.	.	-.27	-.16	-.22
aantal kinderen	.24	-.18	.	-.16	.	.	.	-.30	-.17	-.41	-.28	-.34
alleenwonend	.	.	-.19	.	.	.	.	.	.	-.19	-.16	.
SOCIAAL-EKONOMIESE STATUS												
* opleiding (laag-hoog)	-.25	.	.	.14	.	.	.	.24	.17	.42	.22	.26
oefent beroep uit (-/+)	.	.	.	.20	.	.	.	.	.	.	.	.
beroepsnivo resp (laag-hoog)	-.16	-.30	-.15	-.21	-.23	-.29	.	.	.	.	.	.
* beroepsnivo kostw. (laag-hoog)	-.28	(-.15)	-.15	-.15	-.20	-.20	.17	.25	.	.	.29	.28
* (gezins-)inkomen	-.21	-.19	-.22	.	.	-.22	.	.24	.	.20	(.18)	.24
grootte bedrijf (-/+ 50 pers.)	.	.	.	.	.	.	.	.21	.	.28	.22	.18
werkt in/buiten woongemeente	.	.16	.	.21	.	.	.	.23	.	.17	.21	.22
ploegenarbeid (-/+)	.	.18	.	(.11)	.	.	-	-	-	-	-	-
uitkering: wwv, zw, wao (-/+)	.36	.	.28	.	.41	.32	-	-	-	-	-	-
LEVENSBSCHOUWING												
intensiteit godsdienst (hoog-laag)	.	.28	.18	.19	.20	.27	.	.30	.	.45	.23	.31
kontaktfrekw. m. kerk (hoog-laag)	.	.23	.	.27	.18	.24	.	.28	.	.42	.27	.30
voorkeur progres. partij (-/+)	.	.28	.21	.21	.22	.27	.	.15	.	.31	.24	.23
SOCIALE INTEGRATIE												
autochtoon-allochtoon	.	.	(-.14)	.	.	.	.	.	.	.	.16	.
woonduur in gemeente (-/+ 5 jr)	.	.	.	.18	.	.16	.	.	.	.	.	.
omvang soc. netwerk (klein-groot)	.	.	.	.17	.	.	.	.	.	.	.	.
sociaal kontakt (weinig/veel)	-.25	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
MULTIPLE KORRELATIE	.43	.51	.47	.35	.42	.52	.	.43	.	.55	.43	.43
FAKTOR 1: GENERATIEFAKTOR	.24	-.31	.	-.20	.	.	.	-.37	.	-.52	-.30	-.35
FAKTOR 2: ROL WERKENDE MAN-VROUW	.	-.17	.	-.23	-.14	-.17	.	(-.16)	(-.18)	-.17	.	-.19
FAKTOR 3: SOCIAAL-EKON STATUS	-.25	-.21	-.19	.	-.17	-.21	.	.20	.	.20	.21	.18
MULTIPLE KORRELATIE	.35	.41	.19	.30	.17	.27	.	.38	.	.54	.36	.39

Tabel 7.9 Relaties (r) tussen demografische variabelen en probleemindikatoren bij mannen en vrouwen.

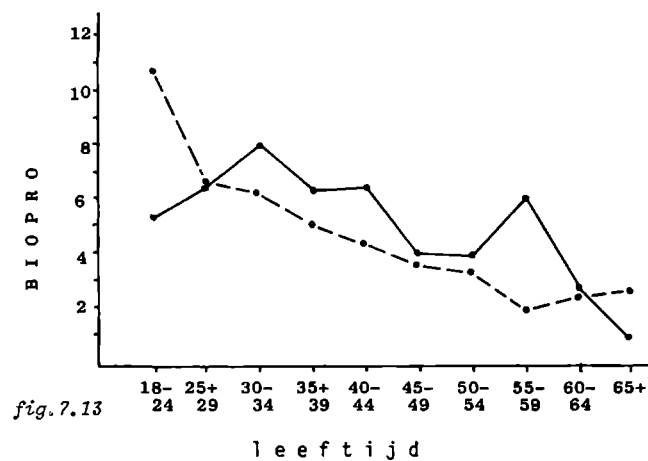
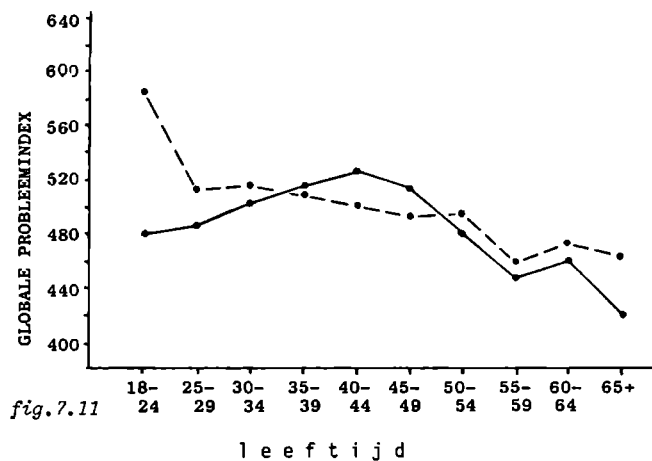
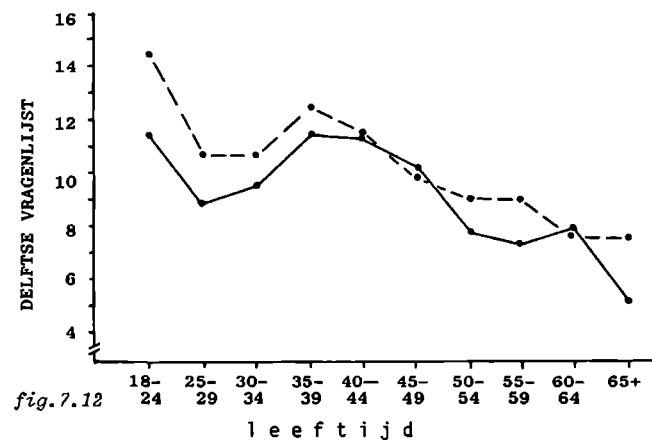
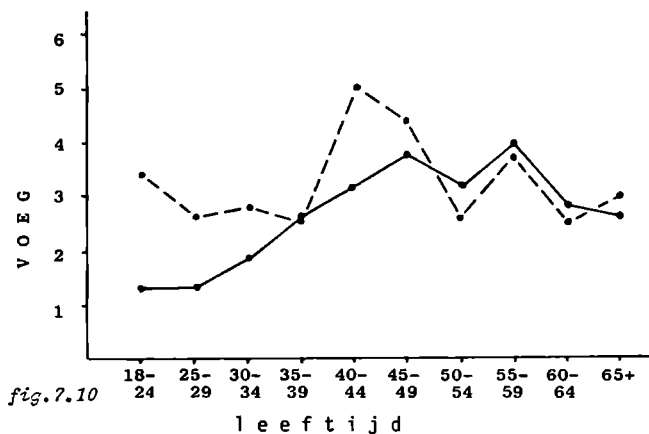
Uit een nadere analyse blijkt overigens dat de gevonden sexe-verschillen niet opgaan voor de gehele groep, maar slechts voor bepaalde categorieën mannen en vrouwen. Zo kunnen sexe en leeftijd niet los van elkaar gezien worden. Afgaande op de GLOBALE PROBLEEM-INDEX treffen we minder problemen aan naarmate de leeftijd hoger is. Bij mensen ouder dan 55 jaar vinden we de minste aanwijzingen voor (ernstige) psychosociale problematiek. Waar andere epidemiologische studies (par. 3.4) ouderen aanwijzen als een risikogroep, blijkt uit onze studie binnen een dorpsgemeenschap eerder het tegendeel. We hebben de indruk dat ernstige problematiek onder ouderen vooral te vinden is bij de ouderen in de grote steden. In een dorpsgemeenschap zijn de ouderen waarschijnlijk veel sterker in het lokale sociale leven geïntegreerd dan in grote steden het geval is. Bovendien dient te worden meegewogen, dat er in het onderzochte dorp geen bejaarden- of verpleegtehuis aanwezig is en dat ouderen die, daarvoor in aanmerking komen, om deze reden naar een andere gemeente verhuizen. Tenslotte moeten we er rekening mee houden dat - blijkens de gegevens uit par. 6.7.2.5 - juist bij ouderen met minder opleiding sociale wenselijkheid en een terughoudende opstelling bij interviews relatief het sterkst aanwezig zijn. Er zou hier dus tevens sprake kunnen zijn van enige onderschatting van de feitelijke problematiek.

Het verband met leeftijd blijkt verschillend te liggen voor mannen en vrouwen, is niet rechtlijnig en bovendien afhankelijk van de aard van de probleemindicator (zie de figuren 7.10 - 7.13).

Bij VROUWEN valt over de gehele linie de jongste leeftijdsgroep (18-25 jaar) op door hoge problemscores. Dit wordt door vrijwel alle probleemindikatoren in ons onderzoek bevestigd. Illustratief hiervoor is figuur 7.11, die de relatie weergeeft tussen sexe, leeftijd en de globale probleem-index. Het lijkt dan ook gerechtvaardigd om hier van een risikogroep¹⁾ te spreken. Bij MANNEN vinden we in deze leeftijdsgroep juist veel minder problemen. De hoogste risico's treffen we hier aan in de leeftijd tussen 35 en 40 jaar, de laagste in de jongste en de oudere leeftijdsgroepen.

De leeftijd blijkt zowel bij mannen als vrouwen van invloed te zijn op de aard van de problematiek of het type symptomen. Afhankelijk van het type indicator, kan men dan ook tot verschillende konklusies komen ten aanzien van leeftijdsgroepen met een significant psychosociaal risico. De rapportage van levensproblemen (BIOPRO) vinden we bij vrouwen vooral onder de 18-24 jarigen, bij mannen in de groep 30-34 en 55-59 jaar. Psychoneurotische symptomen zijn zowel bij mannen als bij vrouwen het hoogst in de leeftijdsgroepen 18-24 en 34-44 jaar. Daarentegen vinden we psychosomatische reacties vooral in de midden-categorieën (40-60). Bij vrouwen geldt dit vooral voor de overgangsjaren (40-50) en bij mannen rond het einde van hun beroepsloopbaan (55-60). Met name bij vrouwen is het opvallend dat de stress-ervaringen waarnaar de hoge VÖEG-skores in deze middengroepen verwijzen, niet terug te vinden zijn in een overeenkomstige rapportage van subjectieve probleemervaringen via de BIOPRO. Wellicht is dit te verklaren uit de bevinding dat juist in deze leeftijdsgroep een sterkere neiging bestaat om 'zo min mogelijk aan je problemen te denken' dan bij jongere leeftijdsgroepen.

¹⁾ Risiko op ernstige psychosociale problematiek.



Kennelijk heeft iedere leeftijdskategorie haar eigen typerende problematiek of uitingswijze daarvan. Toch kunnen we meer in het algemeen konkluderen, dat de meeste psychosociale problematiek te vinden is bij de JONGE VROUWEN. Om deze groep wat meer kleur te geven, zijn we nagegaan op welke levensgebieden jongere vrouwen meer problematiek ervaren dan de overige vrouwen.

Jongere vrouwen bleken op 14 van de 20 gebieden meer problemen te ervaren, in afnemende volgorde van belangrijkheid: uzelf, godsdienst, andere belangrijke personen, contact met anderen in het algemeen, de eigen partner, baan of werk, ontplooiingsmogelijkheden, ouders, de toekomst, studie, eenzaamheid, sexualiteit, de leefsituatie in het dorp en het gebruik van alcohol en drugs. Geen verschillen waren er ten aanzien van financiën, gezondheid, wonen, ouder worden, kinderen en veranderingen in de maatschappij.

Deze groep jongere vrouwen bleek tevens gekenmerkt te worden door het hebben van geen of hooguit één kind weinig of geen religieuze binding, een progressievere politieke voorkeur en een hoger opleidingsnivo in vergelijking tot andere vrouwen.

7.4.2 Leefverband en burgerlijke staat

De vraag of GESCEIDEN PERSONEN een risikogroep vormen kon niet worden onderzocht, omdat deze categorie in onze plattelandsgemeente nauwelijks bleek voor te komen. Hoewel de weduwse staat en meer in het algemeen alleenstaand zijn soms als risikofactoren worden aangemerkt, blijkt dit in onze onderzoekspopulatie niet het geval te zijn. Op sommige indicatoren meldde de kleine groep WEDUWEN EN WEDUWNAREN ($n=11$) zelfs opvallend minder problemen dan gehuwden en ongehuwden. De weduwse staat treffen we vooral onder ouderen aan en er kan dus sprake zijn van een leeftijdseffekt. Bij konstanthouding van de leeftijd bleek dit 'gunstige' verschil inderdaad weg te vallen. Voor de groep alleenstaanden, in de zin van alleenwonenden, gelden dezelfde konklusies. We vonden dus geen aanwijzingen op grond waarvan de weduwen, weduwnaren en alleenstaanden binnen de onderzochte dorpsgemeenschap als een risikogroep zouden kunnen worden beschouwd.

Vergelijken we de ONGEHUWDE met degenen die gehuwd zijn of geweest zijn dan vinden we bij de meeste probleemindicatoren hogere scores voor de ongehuwden. Dit bleek vooral te gelden voor de vrouwen, in het bijzonder de jongere vrouwen. We hebben ook hier nagegaan of er sprake is van een leeftijdseffekt. Houden we de leeftijd via partiële korrelaties konstant dan verdwijnen alle significante verbanden met het (on)gehuwd zijn. Alleen bij de ongehuwde vrouwen treffen we dan nog hogere scores aan voor relationele problematiek (BIOPRO-relationeel, $r=-.19$, $p=.02$).

Het AANTAL KINDEREN hangt uiteraard samen met de burgerlijke staat, alhoewel er natuurlijk gehuwden zijn zonder kinderen, en met veel of met weinig kinderen. Het is dan op zich zelf ook niet verwonderlijk dat het aantal kinderen nagenoeg dezelfde samenhangen vertoont met de probleemindicatoren als het al of niet gehuwd zijn. De verbanden zijn hier echter hoger en er is een samenhang met meer probleemindicatoren. Uit een nadere inspectie van het onderzoeksmateriaal bleek er een zeer duidelijk verschil te liggen tussen degenen die 0 of 1 kind hebben en degenen die twee of meer kinderen hebben.

Bij de eerste groep vinden we duidelijk meer problematiek, Dit geldt echter vooral voor de vrouwen die geen kinderen hebben of slechts één kind. Ook hier zou sprake kunnen zijn van een leeftijdseffekt. Binnen de categorie vrouwen blijft er een significante samenhang bestaan met de globale probleem-index ($r = -.16$, $p = .05$) na konstanthouding van de leeftijd.

Hoewel in de literatuur soms gewezen wordt op de HUISVROUWEN als risikogroep, hebben we daarvoor binnen ons onderzoek geen enkele aanwijzing gevonden. Voor gehuwde vrouwen met kinderen en (al of niet met een -parttime - baan) vonden we op geen enkele probleemindicator hogere scores dan voor ongehuwde vrouwen. Evenmin vinden we voor deze groep hogere probleemskores wanneer we hen vergelijken met de gehuwde mannen met kinderen. Deze bevinding stemt overeen met de konklusies van Bauduin (1980) (par.3.4.2).

Van de hier besproken bevolkingsgroepen, blijken alleen de ongehuwden en degene met geen of hooguit één kind op te vallen door een hoger psychosociaal risico. Voor een deel blijken deze samenhangen samen te vallen met de eerder besproken verschillen tussen leeftijdsgroepen. Na controle voor leeftijdsaspecten en uitsplitsing naar sexe vinden we echter bij ongehuwde vrouwen en vrouwen met weinig of geen kinderen aanwijzingen voor een significant hogere prevalentie.

7.4.3 Sociaal-ekonomiese status

De aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen blijkt samen te hangen met de sociaal-ekonomiese status. Deze samenhang is echter complex van aard. Zij verschilt zowel afhankelijk van de aard van de probleemindicator als van de SES-indikator. Zo vinden we over de totale steekproef genomen in de lagere SES-groepen meer psychosomatische symptomen, terwijl de BIOPRO-indikatoren hier juist de minste problemen signaleren. Nemen we de GLOBALE PROBLEEM-INDEX als criterium dan vinden we een zwak positief verband met het opleidingsnivo, terwijl we daarnaast een negatief verband aantreffen met het beroepsnivo van de respondent. Uit een nadere analyse van het materiaal blijkt tevens dat er sprake is van kromlijnige verbanden. Waar dit het geval is, hebben we de betreffende SES-indikator opgesplitst in een of meerdere dichotome variabelen. Is er sprake van meerdere dichotome variabelen per indikator dan hebben we in tabel 7.7 de multiple korrelatie hiervan met de probleemindicator weergegeven.

Het ontbreken van een eenduidige relatie blijkt vooral te worden veroorzaakt, doordat deze relatie bij vrouwen geheel anders ligt dan bij mannen (figuur 7.14 - 7.19). Bij VROUWEN zijn de meeste problemen te vinden in de hoge SES-groepen. Bedoeld worden hier de vrouwen met minimaal MBO-opleiding en waarbij de kostwinner behoort tot de middelbare employees of de hogere beroepsgroepen. Voorzover deze vrouwen zelf een baan hebben, werken zij meestal buiten het dorp. Het al of niet hebben van een baan naast het huishouden, en de aard van het eigen beroep zijn overigens geen van beide indicatief voor de aanwezigheid van meer problemen of stoornissen. Bij de bespreking van de literatuur (par. 3.4.2) hebben we de verwachting geuit, dat vrouwen uit de laagste SES-groep binnen de categorie vrouwen een extra risikogroep vormen. We vonden voor deze verwachting binnen onze steekproef echter geen bevestiging.

Bij MANNEN treffen we de meeste problemen en symptomen aan in de laagste SES-groepen, nl. bij de geschoolde en vooral de ongeschoolde arbeiders ofwel de mannen met een gezinsinkomen van minder dan f 1900,- per maand (in 1977). Hier vinden we dus wel een bevestiging van het negatieve verband dat in de literatuur herhaaldelijk is gerapporteerd.

Als risikogroepen vallen voorts degenen op die ploegenarbeid verrichten of een sociale uitkering ontvangen (ww, wao, zw). Vooral de mannelijke uitkeringstrekkers vormen een duidelijke risikogroep. Onduidelijk is echter in hoeverre hier echt sprake is van een 'prediktieve' waarde. Het is immers zeer wel denkbaar dat het ontvangen van een sociale uitkering het indirecte gevolg is van aanwezige problemen en stoornissen en dus niet aan deze problemen en stoornissen voorafgaat. Afgezien van deze restrictie vormen de gevonden samenhangen een bevestiging van de bevindingen in de literatuur (par. 3.4.1 en 3.4.5)

Vergelijken we de samenhangen bij mannen met die bij de vrouwen, dan valt op dat de belangrijkste sociaal-ekonomiese risico-indikatoren bij mannen verwijzen naar kenmerken van de eigen beroepssituatie. Bij de vrouwen is daarentegen de eigen opleiding en het beroep van de kostwinner - meestal de man - het meest prediktief.

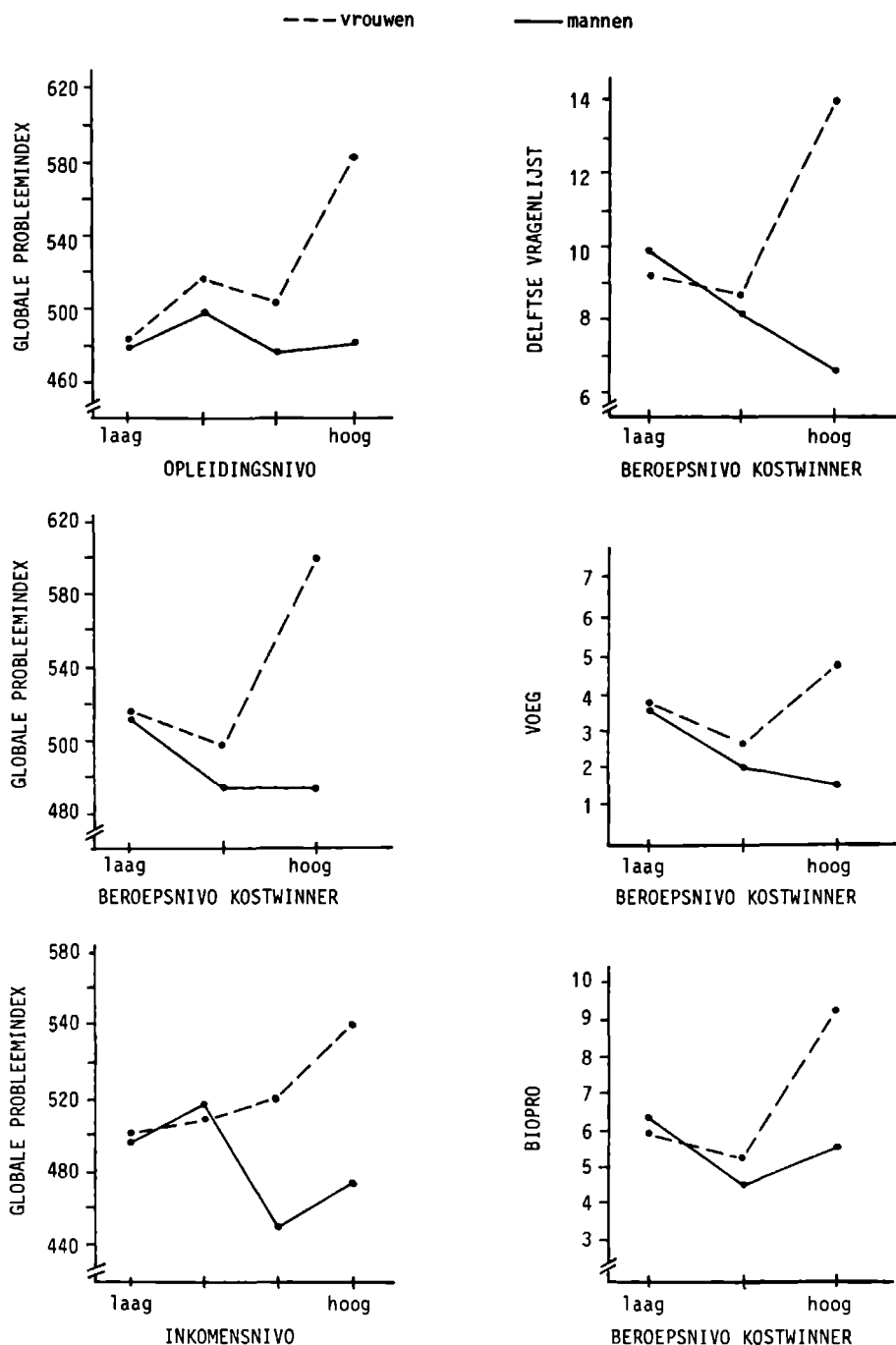
Uit de analyse van het interactie-effekt tussen sexe, SES en de probleemindikatoren blijkt opnieuw dat het verschil in probleemscores tussen mannen en vrouwen niet algemeen is, maar zich toespitst op specifieke subgroepen. Bij mannen vinden we de hoogste probleemscores in de laagste SES-groepen, toch verschillen deze niet van het gemiddelde van de vrouwen in deze groepen. Ook in de middengroepen constateren we geen verschil. In de hogere SES-groepen vallen de vrouwen echter op door een zeer hoog probleemgemiddelde, terwijl de mannen hier juist de minste problemen of stoornissen vertonen.

In par. 7.2 hebben we gerapporteerd dat enkele sleutelfiguren de indruk hadden dat de boeren mogelijk een risikogroep vormen, gezien de moeilijke omstandigheden in hun bedrijfssector. Op geen van de probleemindikatoren bleken degenen, die in de agrarische sector werkten - doorgaans kleine zelfstandigen - een hogere score te vertonen dan de rest van de steekproef. Nu wordt wel eens beweerd dat juist boeren ten opzichte van buitenstaanders extra gesloten zijn, waar het over persoonlijke aangelegenheden gaat. Dat zou dan de aanwezige problematiek kunnen maskeren. We vonden op de meetinstrumenten die we in paragraaf 6.7.2.5 hebben besproken, geen aanwijzingen voor een grotere terughoudendheid bij deze bevolkingscategorie. Er zijn dus evenmin aanwijzingen dat deze categorie als een risikogroep zou moeten worden aangemerkt.

7.4.4 Levensbeschouwing

Overeenkomstig de resultaten uit enkele andere studies (par.3.4.6) blijkt ook hier de levensbeschouwing een duidelijke prediktor te zijn voor de aanwezigheid van psychoneurotische symptomen en diverse subjectieve probleemervaringen. Dit geldt echter niet voor symptomen van psychosomatische aard. De meeste psychosociale problematiek treffen we aan bij mensen die zich niet tot een kerk of godsdienstig genootschap rekenen, of daarmee slechts een zwakke band ervaren. Hoe frequenter men contact heeft met een kerk, hoe minder probleemervaringen en psychoneurotische symptomen men rapporteert.

Figuren 7.14 - 7.19 Relaties tussen probleemindikatoren en SES-indicatoren, uitgesplitst naar sexe



Deze samenhangen gelden zowel voor mannen als voor vrouwen.

Qua politieke overtuiging vinden we de hoogste problemscores onder de aanhangers van progressieve partijen (PvdA, D'66, PPR, PSP, CPN). Ook dit verband vinden we zowel bij mannen als bij vrouwen.

Hoewel de hier bedoelde groepen vooral onder jongeren te vinden zijn, geven de beide levensbeschouwelijke kenmerken - onafhankelijk van de leeftijd - een eigen bijdrage aan de prediktie van de psychosociale problematiek. De partiële korrelatie met de GLOBALE PROBLEEM-INDEX bedraagt voor de intensiteit van de godsdienstige overtuiging .17 ($p < .01$) en voor de politieke overtuiging .20 ($p < .01$).

7.4.5 Sociale integratie

Als indicatoren voor sociale integratie gebruiken we: de woonduur in de gemeente, het allochtoon of autochtoon zijn, de mate van sociaal contact en de omvang van het sociale netwerk en de grootte van het sociale netwerk. De betekenis van het alleen-wonen is hiervoor reeds aan de orde geweest.

Zoals in de tabellen 7.8.1 en 7.8.2 te zien is vertonen deze indicatoren vrijwel geen samenhang met het voorkomen van psychosociale problematiek. Wel vonden we bij mensen met weinig sociale contacten meer psychosomatische symptomen. Dit geldt met name voor mannen. Anderzijds vinden we juist in deze groep minder ervaren levensproblemen. Bij de vrouwen bleek alleen onder de nieuwkomers meer hinder te worden ervaren van ondervonden problemen. Aangezien de GLOBALE PROBLEEM-INDEX geen duidelijke relaties te zien geeft met de indicatoren voor sociale contacten, moeten de hypothesen 2a en 2b worden verworpen. Deze hypothesen veronderstelden een negatief verband. Alleen de aanwezigheid van psychosomatische symptomen beantwoordt wel aan het verwachte verband.

Gezien het voorgaande is het niet aannemelijk dat weinig sociale contacten zelf een stressbron vormen, welke leidt tot ernstige problemen of stoornissen. Dit roept wel de vraag op of de mate van sociaal contact mogelijk een INTERMEDIËRENDE ROL vervult TUSSEN PROBLEEMERVARINGEN EN DE VERWERKING VAN DIE PROBLEMEN, RESPEKTIEVELIJK DE ONTWIKKELING DAARUIT VAN PSYCHOSOMATIESE STOORNISSEN.

We hebben deze vraag onderzocht, door na te gaan of de prediktie van psychosomatische klachten op grond van subjectieve probleemervaringen kan worden verbeterd door hierbij ook de mate van sociaal contact te betrekken. De resultaten, vermeld in tabel 7.20, bevestigen deze veronderstelling. Door toevoeging van de SOCIAAL KONTAKT-INDEX aan de prediktie blijkt de multiple korrelatiecoëfficiënt significant te verbeteren. Ongeacht de aard van de subjectieve probleemindicator blijkt de verklaarde variantie met 7% te stijgen. Dit is gemiddeld een verdubbeling.

Wanneer men in problemen verkeert en tegelijkertijd kan beschikken over een aantal sociale contacten, is de kans op de aanwezigheid van psychosomatische stoornissen lager dan bij het ontbreken van deze contacten. We zien hierin een ondersteuning voor het toekennen van een intermediërende rol aan sociale contacten zoals we die eerder in ons theoretisch model hebben beschreven.

Tabel 7.20 *Prediktie van psychosomatische symptomen op grond van probleemervaring en sociaal contact.*

prediktie van psychosomatische symptomen (VOEG)			
	r	multiple R	F-toets op toename R ²
ALG-PROB laatste jaar	.26	+ sociaal contact index .36	p < .01
BIOPRO-SOM	.23	+ sociaal contact index .35	p < .01
BIOPRO-HINDER	.33	+ sociaal contact index .42	p < .01

Het hebben van weinig sociale contacten kan dus ook om deze reden als een risico-indicator ¹⁾ worden beschouwd. Het ontbreken van een relatie tussen sociale contacten en het ervaren van problemen kwam niet overeen met onze verwachtingen. Het lijkt een algemeen ervaringsfeit, dat mensen behoefte hebben aan sociale contacten en dat het ontbreken of wegvallen van dergelijke contacten tot eenzaamheidsgevoelens en tal van persoonlijke problemen kan leiden. Voor het ontbreken van deze relatie in ons materiaal zijn meerdere verklaringen mogelijk. Allereerst geeft onze SOCIAAL KONTAKT-INDEX alleen informatie in kwantitatieve zin, nl. het aantal verschillende soorten contacten en de frekwentie waarmee deze contacten plaats vinden. Er is geen informatie verwerkt over de kwalitatieve inhoud van deze contacten, b.v. of ze erg oppervlakkig dan wel persoonlijk van aard zijn, of ze als bevredigend of juist als onbevredigend worden ervaren, welke problemen daarin wel en welke niet bespreekbaar zijn. Ten tweede is het mogelijk dat 'weinig of geen sociale contacten' niet voor alle bevolkingsgroepen even stresserend is.

Aangezien relationele problemen en problemen met de leefsituatie in het dorp het meest bij de jongere groep voorkomen, zijn we nagegaan welke relaties er tussen de SOCIAAL KONTAKT-INDEX en de verschillende probleemindikatoren bestaan per leeftijdscategorie. Bij ouderen (55 jaar en ouder) vonden we in het geheel geen samenhang. In de middengroep (35 - 54 jaar) is wel een verband aanwezig. Hoe minder contact hoe meer psychosomatische symptomen (VOEG, $r = -.18$, $p < .05$). Daarentegen blijkt veel contact hier juist samen te gaan met het ervaren van meer levensproblemen (BIOPRO, $r = -.21$, $p < .05$). Deze problemen zijn niet van relationele aard, maar betreffen vooral opleiding, werk, de toekomst en de veranderingen in de maatschappij. Het hier geschetste beeld is vooral typerend voor de mannen in deze leeftijdsgroep.

De jongste leeftijdsgroep (18 - 34 jaar) laat inderdaad de voorspelde relatie zien, welke past bij een mogelijke stresserende rol van sociale isolatie (tabel 7.21). Hoe minder sociale contacten men in deze leeftijdsgroep heeft, hoe meer probleemervaringen met name in de relationele sfeer en hoe meer psychosomatische en psychoneurotische symptomen. We moeten hierbij wel de kanttekening maken dat dit alleen wijst op een MOGELIJKE kausale rol. Gezien het beschrijvende en retrospectieve karakter van dit onderzoek is een toetsing in kausale zin uiteraard niet mogelijk.

¹⁾ Omdat ons onderzoek niet als een verklarend onderzoek is opgezet, gebruiken we hier veiligheidshalve de term 'risiko-indikator'. Theoretisch beschouwen we 'sociale ondersteuning' echter wel als een 'risikofactor' (par. 3.3.3).

Tabel 7.21 Pearson-korrelaties tussen de probleem-indicatoren en enkele sociaal
 kontakt-indicatoren berekend over de leeftijdsgroep van 18-34 (n=109)

	sociaal kontakt index	omvang sociaal netwerk	aantal vrienden, vriendinnen
ALG-PROB laatste jaar	-.24	-.16	n.s.
BIOPRO	-.16	n.s.	-.19
BIOPRO-RELATIONEEL	-.24	-.18	-.20
BIOPRO-STRUKTUREEL	n.s.	n.s.	n.s.
BIOPRO-HINDER	-.20	-.31	-.27
VOEG	-.21	n.s.	-.17
Delftse Vragenlijst	-.19	-.21	-.16
Globale PROBLEEM-INDEX	-.25	-.25	-.23

In zijn algemeenheid bleek de omvang van het sociale netwerk slechts zwak gerelateerd te zijn aan het vóórkomen van psychosociale problematiek. Zoals we ook in het volgende hoofdstuk nog zullen zien zijn voor de jongere leeftijdsgroepen vooral de vrienden en vriendinnen de belangrijkste informele hulpverleners. Dit is eveneens terug te vinden in het negatieve verband tussen de probleemindicatoren en het aantal vrienden of vriendinnen. Hoe geringer het aantal, hoe groter het risico dat er sprake is van psychosociale problematiek.

Ook in deze samenhang wordt in feite opnieuw verwezen naar de categorie 'JONGERE VROUWEN'. Binnen de leeftijdsgroep van 18-34 hangt sexe immers negatief samen zowel met de SOCIAAL KONTAKT-INDEX ($r = -.28$, $p = .002$), als met de omvang van het SOCIALE NETWERK ($r = -.20$, $p = .02$). Voorts vonden we binnen de categorie 'jongere vrouwen' ($n = 54$) de hoogste probleemscores (GLOB. PROB. INDEX) bij degenen met de minste sociale kontakten ($r = -.25$, $p = .03$), een kleiner sociaal netwerk ($r = -.25$, $p = .03$) en minder vrienden of vriendinnen ($r = -.25$, $p = .03$). Bij mannen werden deze verbanden niet aangetroffen. Met andere woorden, juist jongere vrouwen beschikken over minder sociale kontakten (respektievelijk -mogelijkheden), dan hun mannelijke leeftijdgenoten, hetgeen gepaard gaat met meer psychosociale problematiek.

7.4.6 Demografiese factoren

In het voorgaande hebben we een aantal relaties aangetoond tussen afzonderlijke demografiese variabelen en de probleemindicatoren. Sommige van de demografiese variabelen bleken daarbij uiteindelijk naar dezelfde subgroep in de bevolking te verwijzen. Eerder hebben we deze variabelen op grond van hun onderlinge samenhang via faktoranalyse gereduceerd tot een beperkt aantal demografiese factoren: generatie, man-vrouw rol en sociaal-ekonomiese status (par. 6.7.2.1). We zouden dus mogen verwachten, dat deze factoren in staat zijn de belangrijkste onderscheiden risikogroepen te identificeren. Ze geven als

het ware het gezamenlijkenetto-effekt weer van de risikopredikties op grond van de afzonderlijke demografiese variabelen. We beperken de bespreking hier tot de relaties met de GLOBALE PROBLEEM-INDEX. De relaties met de overige probleemindikatoren zijn te vinden in tabel 7.7 en 7.8.

OVER DE GEHELE STEEKPROEF genomen, blijkt alleen de generatiefaktor een indikatie te bieden voor prevalentieverschillen in de aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen. De verklaarde variantie is 9%. Dit betekent dat de meeste problematiek, respectievelijk nood te vinden is bij de jongere inwoners, ongehuwd, zonder kinderen en met weinig of geen binding aan een kerk of godsdienst. Noch de SES-faktor, noch de man-vrouw rol leverden significante relaties op.

UITSPLITSING NAAR MANNEN EN VROUWEN levert echter een veel duidelijker beeld op. Sexe blijkt vooral als interacterende variabele van invloed te zijn. Ten eerste blijkt de generatiefaktor¹⁾ uitsluitend bij vrouwen een prediktieve betekenis te hebben. Zij verwijst naar de risikogroep die we in dit hoofdstuk al meermalen hebben genoemd: jonge vrouwen, met weinig of geen kinderen, weinig of geen binding aan kerk of godsdienst, een progressieve politieke voorkeur en een wat hoger opleidingsnivo.

Het meest opvallend is echter dat de SES-faktor bij mannen negatief en bij vrouwen positief aan de GLOBALE PROBLEEM-INDEX gerelateerd is. De psychosociale risico's bij mannen zijn kennelijk het hoogst in de laagste SES-groepen en bij de vrouwen daarentegen in de hoogste SES-groepen. We hebben dit resultaat in par. 7.4.3 reeds uitvoeriger toegelicht.

De 'rol van de (werkende) man' vertoont weliswaar een significant verband, maar dit moet hoofdzakelijk worden toegeschreven aan de mate van religieuze binding, welke eveneens tot deze faktor behoort. Geen van de andere tot deze faktor behorende variabelen bleek immers significant aan de GLOBALE PROBLEEM-INDEX te zijn gerelateerd. Het al dan niet werkzaam zijn in de rol van de huisvrouw blijkt negatief samen te hangen met het voorkomen van psychosociale problemen. De meeste problematiek is juist niet bij de huisvrouw te vinden, maar bij de doorgaans ongehuwde vrouwen, die buiten de gemeente werken in een betaalde baan en een relatief hoger opleidingsnivo hebben.

De demografiese faktoren die een significant verband blijken op te leveren vertegenwoordigen zowel bij de mannen als bij de vrouwen de belangrijkste verbanden met de afzonderlijke demografiese variabelen, welke we in de voorafgaande paragrafen hebben beschreven. Hierop zijn enkele uitzonderingen. Over de gehele steekproef genomen speelt ook de sexe een rol en deze variabele is niet vertegenwoordigd in de generatiefaktor. Hetzelfde geldt voor de variabelen ploegenarbeid en uitkeringstrekker, die we omwille van hun zeer scheve verdeling niet in de faktoranalyse hadden opgenomen. Zij bleken echter ook na een nonparametrische toetsing een significante bijdrage aan de probleemprediktie te leveren. Om de scheefheid van beide variabelen enigszins te kompenseren hebben we hen ten behoeve van de regressie-analyse samengevoegd tot één dichotome variabele.

¹⁾ Voor een omschrijving van deze faktor per sexe zie par. 6.7.2.1.

7.4.7 Regressie-analyse

De hamvraag is nu, hoe goed kunnen deze demografiese gegevens de aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen 'voorspellen'. We zullen deze vraag op twee verschillende manieren beantwoorden. Allereerst zullen we via regressie-analyses de totaal verklaarde variantie berekenen. In de volgende paragraaf presenteren we een risico-tabel.

De demografiese factoren verklaren 9% ($R=.30$) van de variantie in de GLOBALE PROBLEEM-INDEX. De sexe-specifieke factoren blijken bij vrouwen veel beter in staat om de psychosociale problematiek te lokaliseren dan bij de mannen. De verklaarde varianties zijn respectievelijk 15% ($R=.39$) en 7% ($R=.27$). Het verschil zit vooral in de generatiefactor die bij vrouwen sterk tot de prediktie bijdraagt en bij mannen in het geheel niet.

Zoals in de tabellen 7.7, 7.8 en 7.22 te zien is, hebben we ter controle tevens een regressie-analyse uitgevoerd op basis van de afzonderlijke demografiese variabelen. De hieruit resulterende verklaarde varianties komen in de meeste gevallen beduidend hoger uit dan op basis van de demografiese factoren. De verklaarde varianties zijn respectievelijk 19% (allen), 25% (mannen) en 17% (vrouwen).

Tabel 7.22 De GLOBALE PROBLEEM-INDEX en de demografiese variabelen. multiple regressie-analyses.

MANNEN + VROUWEN (n=252)			
variabelen	multiple regressie	BETA	r
intensiteit godsdienst	.273	.132	.273
uitkering/ploegenarbeid	.344	.251	.261
sexe	.400	.186	.142
progressieve pol. overtuiging	.434	.157	.248
leeftijd	.450	-.141	.254
multiple R	.450	F-waarde	12.50
% verklaarde variantie	20%	signifikantienivo	$p<.001$
% idem, gekorrigeerd	19%	df1=5, df2=246	
MANNEN (n=134)			
leeftijd (getransformeerd)	.378	-.306	.378
uitkering/ploegenarbeid	.460	.235	.309
kontaktfrekw. met kerk	.495	.160	.243
progressieve pol. overtuiging	.518	.157	.266
multiple R	.518	F-waarde	11.84
% verklaarde variantie	27%	signifikantienivo	$p<.001$
% idem, gekorrigeerd	25%	df2=4, df2=129	
VROUWEN (n=118)			
aantal kinderen	.334	-.320	-.334
beroepsnivo kostwinner	.425	.264	.280
multiple R	.425	F-waarde	12.67
% verklaarde variantie	18%	signifikantienivo	$p<.001$
idem, gekorrigeerd	17%	df2=2, df2=115	

*) We hebben hierbij de methode van de 'stepwise forward conclusion' gebruikt, zoals beschreven door Nie et al. (1975) en Hull en Nie (1981). Alleen variabelen met een significante F-waarde voor wat betreft de toegevoegde R^2 -waarde, werden in de regressie-vergelijking opgenomen.

Bij mannen is de belangrijkste reden voor dit verschil de transformatie van de variabele 'leeftijd', gezien het kromlijinig verband met de probleemindikatoren (figuur 7.11). De leeftijdsgroep van 39 - 49 heeft daarbij de laagste score gekregen, en de oudste leeftijdsgroep de hoogste.

Een andere belangrijke reden voor het verschil ligt in de variabele 'uitkering/ploegenarbeid'. We hebben eerder reeds opgemerkt dat deze gegevens niet in de demografiese factoren waren opgenomen vanwege hun scheve verdeling. In de groep van uitkeringstrekkers en ploegenarbeiders (n=29) bleek echter een sterke concentratie aanwezig te zijn van ernstige psychosociale problematiek. De bijdrage van de samengevoegde variabele aan de regressievergelijking is echter mogelijk wat naar boven vertekend, omdat de variabele ook na de samenvoeging nog tamelijk scheef verdeeld blijft.

Voorts blijkt dat individuele variabelen soms een betere prediktie opleveren van de aanwezige problematiek dan de faktor waarin ze is opgenomen. Een voorbeeld hiervan is de variabele 'sexe' die in de regressievergelijking een significante bijdrage levert, terwijl de faktor 'man-vrouw rol' niet aan de totaalmaat voor problematiek gerelateerd is.

Gezien het ordinale karakter van sommige variabelen moeten we overigens opmerken dat de gevonden verklaarde varianties niet meer dan globale schattingen representeren. We moeten tevens konstateren dat - op basis van deze schattingen - de hier gebruikte demografiese variabelen niet meer dan een vierde tot een vijfde van de individuele verschillen in problematiek verklaren. Het merendeel blijft dus onverklaard. Nu kan dit gedeeltelijk worden toegeschreven aan het verstoringseffekt van meetfouten. Het lijkt ons minder waarschijnlijk dat een betere verklaringsbasis gezocht zou moeten worden in het toevoegen van nog meer demografiese karakteristieken, aangezien wij hier reeds een omvangrijk aantal demografiese variabelen hebben gebruikt. We zijn geneigd het onverklaarde deel vooral toe te schrijven aan het feit, dat het hierbij slechts om distale variabelen gaat. Sociaal-psychologische variabelen met een meer direkte relatie met gedrag zijn tot nu toe buiten beschouwing gebleven.

Desondanks zijn de verklaarde varianties hoog genoeg om te konkluderen, dat psychosociale problemen niet willekeurig verdeeld zijn over alle lagen en categorieën van de bevolking, maar dat in bepaalde bevolkingscategorieën een sterkere concentratie van psychosociale problematiek, respectievelijk nood aanwezig is dan in andere categorieën. Voorzover deze concentraties van duurzame aard zijn kan daarbij gesproken worden van risikogroepen. We konkluderen tevens dat de eerder beschreven demografiese FAKTOREN de belangrijkste verbanden tussen de demografiese VARIABELEN en GLOBALE PROBLEEMINDEX weerspiegelen en hetzij voor de mannen, hetzij voor de vrouwen, hetzij voor beide categorieën als risico-indicatoren kunnen worden aangemerkt. De afzonderlijke demografiese variabelen bieden echter een nauwkeuriger beeld van de risico-verdelingen. Dit kan met name voor het lokaliseren van doelgroepen ten behoeve van de (professioneel) preventieve zorg van belang zijn.

7.4.8 Hoogte van de risico's: identifikatiewaarde

De demografiese variabelen, die een signifikant verband hebben met de GLOBALE PROBLEEM-INDEX, kunnen - gezien deze significantie - als risico-indikatoren beschouwd worden, met andere woorden, op grond hiervan kunnen risikogroepen gedefinieerd worden. Onbeantwoord bleef tot dusverre de vraag: Hoe hoog zijn de risico's in deze risikogroepen en om wat voor psychosociale risico's gaat het eigenlijk? De GLOBALE PROBLEEM-INDEX biedt enerzijds immers een aanwijzing voor de aanwezigheid van psychosociale problematiek en anderzijds voor de aanwezigheid van psychosociale nood.

Om op deze vraag antwoord te geven, hebben we gebruik gemaakt van de 'probleemgroep' en 'de groep met psychosociale nood', zoals we die in paragraaf 7.3.4 hebben gedefinieerd. De jaarprevalentie van een specifieke bevolkingsgroep voor psychosociale problematiek, respektievelijke psychosociale nood, kan gelijk gesteld worden aan het percentage van de betreffende bevolkingscategorie, dat tot de probleemgroep, respektievelijk noodgroep behoort. Ten einde de prevalentie voor een specifieke bevolkingscategorie te kunnen berekenen en met die van de rest van de bevolking te kunnen vergelijken (RELATIEVE RISIKO), moeten demografiese variabelen steeds gedichotomiseerd worden. Voorzover de prediktor-variabelen zelf niet reeds dichotoom van aard waren, hebben we alsnog een splitsing op deze variabelen aangebracht. We hebben daartoe per prediktorkategorie de prevalentie berekend en een dichotomie gekozen met het hoogste prevalentie-verschil. De resultaten zijn vermeld in tabel 7.23 en 7.24.

Aangezien de demografiese variabelen én de probleemcriteria hier van dichotome aard zijn, hebben we het verband (d.w.z. de prevalentie-verschillen) opnieuw op hun significantie getoetst, teneinde er zeker van te zijn dat het bij de afgesplitste groeperingen om risikogroepen¹⁾ gaat. Hoewel de in deze tabellen genoemde groepen alle een duidelijk hoger risico te zien geven dan in de rest van de steekproef, bleken de verschillen niet alle significant. Zo bleek het risico bij ongehuwde vrouwen (volgens de hier gekozen operationalisatie) niet significant hoger dan in de rest van de steekproef. Ten tweede bleek dat de eerder genoemde significante verbanden (tabel 7.7 en 7.8) in een aantal gevallen kennelijk wel significante verschillen in de aanwezigheid van (ernstige) psychosociale problematiek weerspiegelen, maar niet verwijzen naar een significant verschil in het voorkomen van psychosociale nood. Op grond van tabel 7.23 blijkt alleen bij de volgende categorieën een hoger risico op psychosociale nood te bestaan: vrouwen in de leeftijd van 18-24 jaar, vrouwen zonder kinderen of met hoogstens een kind, vrouwen die buiten de gemeente werkzaam zijn, mannen in de lagere SES-groepen, mensen met weinig of geen godsdienstige binding, en de categorie 'uitkeringstrekkers en ploegenarbeiders'. Voor een verdere toelichting op deze risikogroepen verwijzen we naar voorgaande paragrafen.

Om de hoge risico's (tabel 7.23) wat meer profiel te geven hebben we in tabel 7.24 de risico's weergegeven van enkele groepen met een relatief laag risico. Een voorbeeld: zo is het risico op psychosociale nood bij de groep vrouwen (18-24 jaar) 31% en dus 2.5 maal zo hoog als in de rest van de steekproef (13%), en 4 maal zo hoog als bij hun mannelijke leeftijdsgenoten (18-29 jaar), nl. 8%.

¹⁾ De prevalentie-verschillen vormen een schatting van de verwachte risico's, uitgaande van de veronderstelling dat deze risico's over de tijd heen stabiel blijven.

Tabel 7.23 Sociale categorieën met een relatief hoog psychosociaal risico

RISIKO-TABEL (jaarprevalentie)	n	RISIKO TE BEHOREN TOT DE 'PROBLEEMGROEP'			RISIKO TE BEHOREN TOT DE GROEP MET PSYCHOSOCIALE NOOD		
Totale steekproef	252	37%			15%		
Vrouwen	118	43%			15%		
Mannen	134	31% χ^2			15% χ^2		
nr. RISIKOGROEPEN		risko- groep	overi- gen	p- waarde	risko- groep	overi- gen	p- waarde
1. vrouwen: 18 - 24 jaar	26	62%	34%	.005	31%	13%	.02
2. ongehuwde vrouwen	25	52%	35%	n.s.	24%	14%	n.s.
3. vrouwen: 0 - 1 kind	48	58%	31%	.001	25%	13%	.03
4. vrouwen: hogere SES	27	67%	33%	.001	26%	14%	n.s.
5. vrouwen: elders werkzaam	15	73%	34%	.002	33%	14%	.04
6. mannen : 39 - 49 jaar	28	57%	34%	.02	25%	14%	n.s.
7. mannen : lagere SES-groep	43	47%	34%	n.s.	28%	12%	.01
8. weinig/geen godsdienstige binding	42	52%	33%	.03	30%	12%	.01
9. progressieve politieke voorkeur	39	62%	32%	.001	23%	14%	n.s.
10. 18 - 34 jr. + weinig sociaal contact	21	57%	34%	.04	24%	14%	n.s.
11. uitkeringstrekkers	19	53% } 57%	35% } 34%	.005	37% } 39%	13%	.001
12. ploegenarbeiders	9	66%	35%		44%	14%	
Enkele combinaties van risico-indicatoren:							
(1 én 3)	23	65%	34%	.003	35%	13%	.005
(3 én 4)	19	77%	34%	.001	30%	14%	n.s.
(1 of 6)	54	59%	30%	.001	28%	11%	.003
(8 én 9)	15	80%	34%	.001	33%	14%	.04

Tabel 7.24 Sociale categorieën met een relatief laag psychosociaal risico

RISIKO-TABEL (jaarprevalentie)	n	RISIKO TE BEHOREN TOT DE 'PROBLEEMGROEP'			RISIKO TE BEHOREN TOT DE GROEP MET PSYCHOSOCIALE NOOD		
Totale steekproef	252	37%			15%		
Mannen	118	43%			15%		
Vrouwen	134	31%			15%		
GROEPEN MET LAAG RISIKO		laag- groep	overi- gen	p- waarde	laag- groep	overi- gen	p- waarde
mannen : 55 jaar en ouder	27	15%	39%	.01	11%	16%	n.s.
mannen : 18 - 29 jaar	27	20%	39%	.04	8%	16%	n.s.
mannen : hogere SES	36	14%	40%	.002	6%	17%	n.s.
vrouwen: 55 jaar en ouder	21	28%	37%	n.s.	9%	16%	n.s.
gehuwde vrouwen met twee of meer kinderen	68	33%	38%	n.s.	9%	17%	n.s.
sterke godsdienstige binding	127	30%	43%	.03	10%	20%	.03

Tenslotte, zoals we ook al reeds eerder hebben opgemerkt, geldt ook voor de hier weer-gegeven cijfers dat ze 'betrekkelijk' zijn, d.w.z. afhankelijk van de onderzoeksstrategie en berekeningswijze die we hier hebben gebruikt. Bovendien moet men er rekening mee houden dat de voorgaande uitspraken - vanwege de beperkte steekproefgrootte - soms op betrekkelijk kleine aantallen personen zijn gebaseerd.

7.5 KONKLUSIES

Teruggrijpend op de metafoor, die we in hoofdstuk 4 hebben beschreven, handelt dit hoofdstuk over de omvang van de 'psychosociale ijsberg' binnen de onderzochte dorpsgemeenschap en over de interne sociale structuur ervan.

In het algemeen kunnen we stellen dat vrijwel iedereen in de loop van een jaar wel eens met persoonlijke problemen wordt geconfronteerd, in lichte of in ernstige vorm. De ervaring van problemen is een gegeven dat hoort bij het dagelijks leven.

Uitspraken over de omvang waarin ernstige psychosociale problematiek in de bevolking voorkomt, verschillen afhankelijk van het criterium dat men daarvoor kiest. Gaan we uit van de totaal-indruk ('nogal wat/ernstige problemen'), zoals de respondenten die zelf rapporteren over de periode van een jaar, dan komen we uit op ruim 23%. Baseren we ons op een lijst met een twintigtal probleemgebieden, dan heeft 50% gedurende de periode van een jaar met minstens één levensgebied nogal wat of ernstige problemen ervaren. Voegen we hieraan als criterium toe dat men van deze problemen veel hinder moet hebben ervaren in het dagelijks functioneren, dan daalt dit percentage tot 40%. Betrekken we de informatie vanuit alle probleemindikatoren, inclusief de VOG en de DV, bij onze schatting dan komen we via de methode van de multiple snijpuntbepaling uiteindelijk uit op een 'probleemgroep' van 56% (ruim geschat). Om validiteitsredenen hebben we binnen deze methode uiteindelijk echter gekozen voor een meer voorzichtige schattingsvariant, welke uitkomt op 37%.

De categorie waarbij gesproken zou kunnen worden van psychosociale nood en waarbij we in subjectieve of meer objectieve zin de behoefte aan enige vorm van professionele hulp veronderstellen, schatten we op 15%. Hierbij hebben we de beschikbaarheid van informele hulp nog niet als criterium betrokken.

Uit vergelijkingen met andere studies konkluderen we dat er zich in de onderzochte dorpsgemeenschap duidelijk minder psychosociale problematiek voordoet, dan op basis van landelijke gegevens zou kunnen worden verwacht. De geestelijke gezondheidssituatie in de volwassen bevolking ALS GEHEEL beschouwen we dan ook als relatief gunstig. Deze uitspraak geldt echter niet voor alle subcategorieën in de bevolking.

Het bleek mogelijk om binnen de bevolking bepaalde sociale categorieën te lokaliseren welke opvallen door een concentratie aan psychosociale problematiek, respectievelijk psychosociale nood. Voorzover deze lokalisering niet alleen een momentopname weergeeft maar ook een min of meer stabiel gegeven is, bieden deze gegevens aanwijzingen voor de aanwezigheid van risikogroepen. De aard van deze probleem- of risikogroepen en de hoogte van de aanwezige prevalenties (risiko's) hebben we in tabel 7.23 samengevat.

Het meest opvallend is de sterke concentratie van psychosociale problematiek in de groep jonge vrouwen, doorgaans ongehuwd, of gehuwd zonder kinderen of met hoogstens één kind, met weinig of geen godsdienstige binding en een progressieve politieke voorkeur, en een wat hoger opleidingsnivo dan de andere vrouwen. Deze groep is des te opvallender omdat hun mannelijke leeftijdsgenoten zich juist ten opzichte van mannen van middelbare leeftijd onderscheiden door minder psychosociale problematiek. De aard van de problematiek bij deze jonge vrouwen is nogal uiteenlopend. We vinden in deze groep met name veel relatieproblematiek, maar ook problematiek met bijvoorbeeld de ontplooiingsmogelijkheden en de leefsituatie in het dorp. Onze algemene indruk is dat deze groep binnen het dorp zowel getalsmatig, als wat betreft hun mentaliteit en invloed binnen het dorp een minderheidspositie inneemt. Binnen deze hechte plattelandsgemeenschap krijgt zij mogelijk minder ruimte een levensstijl op te bouwen overeenkomstig haareigen opvattingen en behoeften. Gezien hun jongere leeftijd en hun wat hoger opleidingsnivo, zijn zij zich onder invloed van de emancipatiebeweging in de loop van de 70-er jaren vermoedelijk sterker dan andere vrouwen bewust geworden van de beperkingen van hun positie als vrouw en van de beperkingen op het doorbreken van traditionele rollenpatronen binnen een plattelandsgemeenschap. We hebben de indruk opgedaan dat vrouwen uit de middenleeftijd, sterker het traditionele plattelandsklimaat vertegenwoordigen en tevens een veel sterker stempel drukken op het sociaal-kulturele leven in vergelijking tot de jongere vrouwen. Voor de uiteindelijke interpretatie van deze resultaten zou men echter ook bij deze groep vrouwen zelf te rade moeten gaan.

Een ander opvallend resultaat, dat mogelijk in dezelfde geest kan worden geïnterpreteerd, is de bevinding dat juist bij vrouwen uit de hogere sociaal- economische milieu's relatief meer psychosociale problematiek te vinden is, terwijl de mannen in deze sociale groepering binnen hun sexe juist opvallen door relatief weinig problematiek.

In tegenstelling tot sommige andere studies (o.a. Offerhaus et al., 1978; Sociaal Cultureel Rapport, 1980) die de ouderen als een risikogroep kenschetsen, vonden we bij ouderen juist weinig psychosociale problematiek. Ernstige psychosociale problematiek onder oudere mensen is waarschijnlijk vooral een kenmerk van de (grote) steden waar vervreemding en vereenzaming een sterkere rol spelen. Het is echter niet uitgesloten dat de resultaten juist in deze groep enige onderschatting geven van de werkelijke problematiek onder invloed van een minder open opstelling tijdens het interview. We vonden evenmin aanwijzingen voor hogere probleemskores bij alleenstaanden en huisvrouwen, categorieën die soms als risikogroep worden aangemerkt.

De steekproef als geheel genomen, vonden we geen ondersteuning voor de hypothese dat de kans op psychosociale problematiek groter is, naarmate het sociale netwerk kleiner is en men over minder sociale contacten beschikt. We vonden deze hypothese echter wel ondersteund binnen de jongere leeftijdsgroep (18 - 34), met name bij de jongere vrouwen, waar we ook de meeste relatieproblematiek aantreffen. Bovendien vonden we aanwijzingen dat - over de steekproef als geheel - bij een geringere beschikbaarheid van sociale contacten, de kans groter is dat probleemervaringen gepaard gaan met psychosociale stoornissen. Dit wijst op een mogelijk intermediaire rol van sociale ondersteuning bij de verwerking van reeds aanwezige problematiek, en op haar mogelijk preventieve rol ten aanzien van de ontwikkeling van 'psychosociale stoornissen'.

Hoe verhouden deze resultaten zich nu tot de verwachtingen van sleutelfiguren uit de gemeente (par. 7.2). Zij schatten de 'probleemgroep' gemiddeld op 17%. Dit is iets lager maar niet veel afwijkend van het percentage dat we in het bevolkingsonderzoek op een vergelijkbare vraag vonden. Wij achtten deze groep op grond van onze multi-indikator benadering uiteindelijk echter ruim twee keer zo groot. In vergelijking hiermee vormt hun oordeel dus een duidelijke onderschatting. Mochten de sleutelfiguren de categorie 'nogal wat/ernstige' problematiek hebben opgevat in de betekenis van 'psychosociale nood', dan komt hun gemiddeld oordeel sterk overeen met onze konklusie uit het bevolkingsonderzoek. Aangezien hun oordelen onderling sterk uiteenliepen, konkluderen we dat het voor hen moeilijk is om hierover valide, kwantitatieve uitspraken te doen. Achteraf bezien waren onze vragen te weinig specifiek, om de preciese waarde van hun 'indrukken' te kunnen inschatten.

Hun schattingen over de aard van de problemen die in het dorp relatief het meest voorkomen, waren nagenoeg gelijklopend aan hetgeen we bij de bevolking constateerden als de publieke opinie hierover. Beide typen oordelen weken echter af van hetgeen de respondenten aan eigen problematiek constateerden. Zo bleken problemen met ontplooiingsmogelijkheden en de leefsituatie in het dorp, met de toekomst en de relatie met de ouders een belangrijker plaats in te nemen dan door de 'publieke opinie' en door de sleutelfiguren werd verondersteld.

Voorts vonden we geen bevestiging voor de veronderstelling van sommige sleutelfiguren dat er naar verhouding meer psychosociale problematiek te vinden is bij de boerenbevolking, bij huisvrouwen, in het bijzonder de werkende huisvrouwen en bij alleenstaanden. Dit geldt echter wel voor hun veronderstelling dat werkelozen, wao-ers en jonge (huis)vrouwen als een risikogroep zouden kunnen worden beschouwd.

Tenslotte kan uit dit hoofdstuk ook nog een methodologische konklusie worden getrokken. De studie ondersteunt het belang van een multiple-indikatorenstrategie voor het meten van de aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek. Het bleek dat onderscheiden sociale groeperingen naast overeenkomsten, ook duidelijke verschillen te zien geven in hun reactie op de diverse probleemindikatoren. Zo geeft de VOG aanleiding tot een - gedeeltelijk - andere lokalisatie van risikogroepen dan de BIOPRO en de DV. Dit heeft in onze opvatting te maken met de sociale gebondenheid van reactie-wijzen en uitingsvormen van psychosociale problematiek, zoals ook eerder door de Dohrenwend's (1969) en Gleiss et al. (1973) op grond van hun literatuurstudies naar voren is gebracht. Wil men in epidemiologisch onderzoek uitspraken doen met betrekking tot het differentiële voorkomen van ernstige psychosociale problematiek of stressbelevingen dan kan het gebruik van een enkele probleemindicator, bijvoorbeeld de VOG (Casse, 1973; Sociaal Cultureel Rapport, 1976) gemakkelijk tot vertekende uitspraken aanleiding geven. Bovendien is het waarschijnlijk dat sociale groeperingen, waarbinnen somatische reacties op psychosociale problematiek prevaleren, eerder in het medische hulpverleningscircuit terecht komen en daardoor mogelijk minder kans hebben op adequate psychosociale hulp.

8 hulpzoeken bij psychosociale problemen

8.1 INLEIDING

Te midden van de vele reacties die mogelijk zijn op de ervaring van psychosociale problematiek vormt het zoeken van hulp één van de alternatieven. Binnen deze vorm van probleemoplossen zijn vervolgens weer een groot aantal alternatieve reacties mogelijk, alnaargelang het type hulpverlener waarvoor men kiest. Het onderscheid tussen informele en professionele hulp is daarbij - voor ons - ongetwijfeld de belangrijkste keuze.

In dit hoofdstuk bespreken we de resultaten omtrent het hulpzoekgedrag op basis van de gegevens uit het bevolkingsonderzoek. Het hulpzoekgedrag gericht op de huisarts, voorzover dit blijkt uit de registratiegegevens uit de betreffende praktijken, komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Uitgangspunt bij de bespreking van de resultaten vormen de onderzoeksvragen 4, 5, 6, 7, 8 en 10 uit paragraaf 6.2. Samengevat betreffen zij de volgende thema's:

- individuele verschillen in HET AL DAN NIET HULPZOEKEN bij de ervaring van psychosociale problemen
- de mate waarin men van onderscheiden typen hulpverleners gebruik maakt (DE HULPZOEKRICHTING)
- DE VOLGORDE waarin men van de onderscheiden typen hulpverleners gebruik maakt
- de RELATIES TUSSEN DE DIVERSE HULPZOEKGEDRAGINGEN, met name de relatie tussen het gebruik van informele en professionele hulp
- de relaties tussen de hulpzoekgedragingen en de DEMOGRAFIESE VARIABLEN
- het hulpzoekgedrag van de RISIKOGROEPEN uit het voorafgaande hoofdstuk

Het gaat er ons in dit hoofdstuk om, een indruk te krijgen van de verschillende 'stijlen' waarin mensen met hun psychosociale problemen omgaan, toegespitst op het hulpzoek-aspekt. Deze stijlen laten zich uiteraard het meest specifiek afleiden uit het (gerapporteerd) gedrag, respectievelijk gedragsgewoonten. In indirecte zin kunnen echter ook de houdingen en subjectieve sociale normen ten aanzien van de diverse hulpzoekgedragingen ons over deze stijlen informatie bieden. Vandaar dat wij ook deze variabelen bij de onderstaande analyse zullen betrekken.

8 2 INVENTARISATIE VAN MOGELIJKE PROBLEEMREAKTIES, RESPEKTIEVELIJK HULPZOEKGEDRAGINGEN

In hoofdstuk 5 schetsten we een aantal mogelijke probleemreacties, respectievelijk hulpzoekgedragingen, zoals deze in de literatuur worden beschreven. Gurin et al. (1960) hebben van deze reacties een typologie gegeven (figuur 5.5). Een belangrijke vraag voor ons is of de probleemreacties, die in deze typologie gegeven worden, overeenkomen met de variëteit aan reacties welke we in onze dorpsgemeenschap aantreffen. Wanneer dit het geval zou zijn, vormt het een ondersteuning voor de validiteit van deze indeling. Het geeft ons tevens een duidelijker beeld van hetgeen er zich afspeelt in de probleemgevallen die niet bij de GGZ terecht komen (onzichtbare deel van de ijsberg) of voordat deze daar terecht komen.

We hebben voor deze inventarisatie twee vragen gesteld (par. 6.7.2.3). Allereerst werd de geïnterviewde gevraagd verschillende voorbeelden te geven van reacties op persoonlijke problemen of moeilijkheden, en in tweede instantie om een aantal personen of instanties te noemen waarvan bekend is dat zij hulp verlenen bij dergelijke problemen.

8 2 1 De reacties in relatie tot Gurin's typologie

De antwoorden op de eerste vraag laten een zeer breed scala zien aan mogelijke probleemreacties (tabel 8.1). Qua inhoud waren alle typen uit Gurin's indeling in de spontane reacties van de respondenten terug te vinden, hoewel sommige categorieën slechts weinig genoemd werden. Zo vonden we weinig reacties welke Gurin zou rekenen onder de categorie 'ontkenning'. Dit is niet zo verwonderlijk omdat men zich juist van deze reacties vaak veel minder bewust is dan van bijvoorbeeld het zoeken van professionele hulp.

Opvallend is het grote aantal reacties met betrekking tot hulpzoeken. Van de in het totaal 769 geregistreerde probleemreacties had maar liefst 69.5% betrekking op vormen van hulpzoeken. Dit is te meer opvallend omdat in het interview het hulpzoeken als thema pas ná deze vraag voor het eerst door de interviewer werd geïntroduceerd. Ook in de introductiebrief is dit thema niet expliciet genoemd. Het is echter mogelijk dat de interviewers - gezien hun kennis van de onderzoeksdoelstellingen - hetzij tijdens het gesprek, hetzij tijdens de rapportage, aan hulpzoek-reacties meer aandacht hebben besteed dan aan

AKTIEVE REAKTIES		% van alle reakties (769)		
<u>Probleem zelf trachten op te lossen</u>		8.3		
problemen zelf trachten op te lossen (zonder hulp van anderen); praten met degene waar je moeilijkheden mee hebt; ruzie maken; uitpraten; onderling regelen; politieke activiteiten; omscholingskursussen volgen; yoga; lid worden van verenigingen; vreemd gaan; krities over je problemen nadenken; stelen uit geldnood				
<u>Zich terugtrekken uit de probleemsituatie</u>		2.6		
weglopen van huis; scheiden, jezelf van anderen afsluiten; verhuizen; van werk veranderen of weg-blijven, zelfmoord (1.3%) ¹⁾				
<u>Hulpzoeken: algemeen</u>				
problemen voor zich houden; geen derden inmengen; niet aan de grote klok hangen; verzwijgen; niet uiten; niet laten zien aan anderen dat je in de put zit; met anderen erover praten; je hart luchten; zeggen wat je dwars zit; klagen; anderen om hulp, raad of bemiddeling vragen	3.9	9.6		
	5.7			
<u>Informele hulp zoeken in de direkte omgeving</u>		21.1		
bij: partner; echtgeno(o)t(e); vriend(in); verloofde; ouders; het gezin; kinderen; familieleden; bureu; kennissen; kollega's; je baas; vertrouwd iemand				
<u>Informele hulp zoeken bij sleutelfiguren</u>		2.6		
bij: leerkrachten; de hoofdonderwijzer; schoolhoofd; ouderavond; boerenbond; bankdirecteur; kassière van de bank; wijkraad				
<u>Informele hulp zoeken bij lotgenoten</u>		1.2		
praten met: ouders onderling; met mensen van eigen leeftijd; bejaarden onderling; mensen die zelf ook iets meegemaakt hebben; dezelfde problemen hebben; beroep doen op vrijwilligershulp				
<u>Professionele hulp zoeken in de eerste lijn</u>				31.9
praten met: huisarts (17%, 51% ¹⁾); doktersassistente, maatsch. werker (6%, 17% ¹⁾); wijkverpleegster; JAC; pastor (6%, 17% ¹⁾)				
<u>Professionele hulp zoeken bij sociale dienstverlening</u>				3.6
praten met sociale dienst, sociale zaken; arbeidsburo; gemeente; burgemeester; wethouder; babysitcentrale				
<u>Professionele hulp zoeken gespecialiseerde psychosociale hulp</u>				3.1
naar andere instanties via verwijzing door de huisarts; Medisch Opvoedkundig Buro; huwelijksburo (LGV); Maatschappelijke Geestelijke Gezondheidszorg; psychiater; buro's en instanties (algemeen)				
PASSIEVE REAKTIES				
<u>Ontkenning en verplaatsing</u>				6.8
problemen ontkennen, wegstoppen, proberen te vergeten; afreageren op anderen, anderen de schuld geven; hard werken; bezig blijven; je met andere dingen afleiden; ontspanning zoeken, fietsen, sporten, uitgaan; gaan roken; gaan drinken; naar het café gaan; drugs gebruiken; kalmerende middelen, pillen slikken				
<u>Niets doen</u>				1.0
afwachten; niets doen; hopen dat ik zo gauw mogelijk doodga				
<u>Spanning laten voortduren</u>				3.0
met problemen verder leven; opkroppen, oppotten; blijven tobben en piekeren; er mee blijven rondlopen				
RELIGIEUZE AKTIVITEITEN				
naar de kerk gaan; op je geloof vertrouwen				0.3
OVERIGE REAKTIES				
niet of niet eenduidig onder te brengen in Gurin's typologie				
aanvaarden, aanpassen				0.4
treuren, uithuilen, rouwen				0.8
ziek, zenuwachtig of overspannen worden; slecht slapen				0.8
GEEN ANTWOORD				9.5
¹⁾ percentage van 252 respondenten			TOTAAL	100.0

Tabel 8.1 Inventarisatie van mogelijke reacties op persoonlijke problemen, genoemd door de respondenten (n=240) en ingedeeld naar de typologie van Gurin et al. (1960)

andere probleemreacties. Wel hadden de interviewers de uitdrukkelijke opdracht gekregen ALLE genoemde reacties te noteren. In hoeverre men zich hier strikt aan gehouden heeft is achteraf niet meer te controleren. Het lijkt ons niet onwaarschijnlijk, dat er een dergelijke vertekening heeft plaats gevonden. Desondanks menen we uit de resultaten te mogen konkluderen dat hulpzoeken, respectievelijk met anderen over eigen problemen praten, door veel mensen bewust beleefd wordt als een belangrijke reactiemogelijkheid op de ervaring van problemen.

Wat de RICHTING VAN HET HULPZOEKEN betreft bleek dat veel mensen zich spontaan een reeks alternatieve mogelijkheden konden voorstellen. In de informele sfeer zijn het vooral de mensen uit de directe omgeving die vaak genoemd werden (bijvoorbeeld echtgeno(o)t(e), vrienden, familie, kinderen). Sleutelfiguren en 'lotgenoten' werden relatief weinig genoemd. Deze beide subcategorieën hebben we zelf aangebracht en zijn niet van Gurin afkomstig.

Professionele hulpverleners werden vaker genoemd dan informele hulpbronnen (respectievelijk 39% en 25% van de reacties). Te midden van de genoemde hulpzoekmogelijkheden was de positie van de huisarts het meest opvallend. Meer dan de helft van de geïnterviewden (52%) noemde de huisarts spontaan als iemand waarbij hulp gezocht kon worden bij persoonlijke problemen of moeilijkheden. De percentages (van de respondenten) voor alle andere professionele en informele hulpbronnen liggen tussen de 1 en 17% met uitzondering van de categorie vrienden en kennissen (26%).

Uitspraken over 'voor zich houden', 'zelf oplossen' of 'hulpzoeken in het algemeen' worden in paragraaf 8.3 besproken. Overigens willen we nog eens benadrukken, dat het bij de hier beschreven probleemreacties niet gaat om de reactievoorkeuren van de geïnterviewde zelf, maar om een inventarisatie van de reacties die in hun beleving bij zichzelf óf anderen mogelijk zijn.

Het indelen van de antwoorden volgens Gurin's typologie leverde echter ook enkele problemen op. Allereerst bleken een beperkt aantal antwoorden niet in zijn typologie te kunnen worden ondergebracht. Deze antwoordcategorieën zijn: 'aanvaarden, aanpassen', emotionele uitingen zoals 'rouwen en uithuilen', en verder reacties als 'ziek worden, overspannen worden'. Verder liepen we tegen de onduidelijkheid aan van de indeling 'actief - passief', het ontbreken van een onderscheid tussen 'overt' gedragingen en intrapsychische reacties en de theoretische verantwoording van de typologie. Voor een deel zijn dit dezelfde problemen die we ook reeds bij onze literatuurbeschouwing tegenkwamen (par. 5.4.3).

Overeenkomstig de betekenis die Gurin et al. (1960, pag. 366) aan de PASSIEVE categorie 'ontkenning en verplaatsing' geven, kunnen hiertoe antwoorden gerekend worden als bijvoorbeeld 'ontspanning zoeken, afleiding; gaan roken of drinken'. Zij kunnen echter evenzeer als AKTIEVE pogingen worden beschouwd om negatieve aspecten van de situatie te compenseren, de situatie daardoor draagbaarder en mogelijk zelfs hanteerbaar te maken. Aan de dimensie 'actief-passief' ligt in onze opvatting een onduidelijke mengeling van méérdere dimensies ten grondslag, nl. de tegenstelling tussen gedragsmatige reacties en intrapsychische reacties, de tegenstelling tussen de reacties die niet en die wel gericht zijn op het veranderen of uitschakelen van de bronnen van het pro-

bleem ('methods which do directly involve problemsolving activity', pag. 359), en de tegenstelling tussen adequate en inadequate wijzen van probleemoplossen.

Om te kunnen beoordelen in hoeverre probleemreacties gericht zijn op het direct aanpakken van de bronnen van probleem, dan wel op andere factoren die de probleemervaring beïnvloeden, en om te kunnen beoordelen in hoeverre de diverse reacties adequaat of inadekwaat zijn, dient een dergelijke typologie van probleemreacties geplaatst te worden in een breder theoretisch kader. Hierin zouden zowel ontstaansprocessen van psychosociale problemen alsook de diverse probleemoplossende processen en de onderlinge interactie tussen beide moeten worden beschreven. Hierdoor zouden zowel de aard als de functionaliteit van de diverse probleemreacties helderder kunnen worden gedefinieerd en ingedeeld. Bij Gurin en de zijnen ontbreekt een dergelijke theoretische basis, hetgeen tot onduidelijkheden in hun typologie heeft geleid. Moderne theorieën over 'stress and coping', zoals bijvoorbeeld van Lazarus (Folkman, Schaeffer & Lazarus, 1979) en Dohrenwend (1978), bieden een dergelijk kader wel, hoewel zij weinig expliciet ingaan op de rol van het hulpzoeken daarin. Het zou aan te bevelen zijn een theorie over hulpzoekgedrag te integreren met dergelijke stress-theorieën.

8.2.2 Inventarisatie van potentiële hulpverleners

In de antwoorden op de tweede vraag over bekende hulpverleners of instanties in de gemeente of de streek vallen twee zaken op (tabel 8.2). Dat is allereerst het zeer brede scala aan personen en instanties dat kennelijk benut wordt bij het oplossen van persoonlijke problemen van uiteenlopende aard. Eerder hebben we aangetoond dat problemen van somatische, materiële, maatschappelijke, relationele en psychologische aard een onderlinge samenhang vertonen. Voor de GGZ kunnen we uit het voorgaande konkluderen dat de mogelijke aangrijpingspunten voor preventie via bestaande ondersteuningssystemen in de gemeenschap veel ruimer zijn dan de gebruikelijke aandacht voor de eerste lijn (huisarts, wijkverpleging, maatschappelijk werk). Anderzijds springt in kwantitatieve zin de vertrouwde met de hulpverleningsfunctie van deze eerste lijn duidelijk naar voren. Nog sterker dan bij de vorige vraag valt hier de positie van de huisarts op als hulpverlener bij persoonlijke problemen (71%). Andere 'bekende' plaatselijke hulpverleners zijn: de pastoor, het maatschappelijk werk en de wijkverpleegster (39-31%). De overige personen en instanties werden slechts door 1 tot 7% van de geïnterviewden genoemd, alleen het JAC en de AGGZ-buro's kwamen hier nog bovenuit (respectievelijk 19 en 11%). Voegen we de verschillende hulpverleningsmogelijkheden binnen het gemeentehuis samen dan blijkt ook hier een duidelijk concentratiepunt voor hulpvragen te bestaan. 22% noemde minstens een van de in het gemeentehuis werkzame personen of instanties.

Opvallend was voorts dat er bij de beantwoording van de vraag nogal eens louter het gebouw werd genoemd waar men hulp kan krijgen, zonder een verdere specificatie van de aard van de hulpverlener. Dit geldt voor het gemeentehuis en het Wit-Gele Kruisgebouw. In beide gebouwen zijn meerdere typen van hulpverleners aanwezig. In onze opvatting onderstreept dit het belang van een of twee lokale concentratiepunten voor hulpverlening. Voor een aantal mensen vereenvoudigt dit waarschijnlijk de toegankelijkheid van het bre-

de skala aan hulpverleners.

Tenslotte hebben de voorgaande resultaten duidelijk gemaakt dat de (kuratieve) hulpverlening door de AGGZ slechts één - kleine - schakel vormt in een zeer uitgebreid netwerk van informele en professionele hulpverleners, dat mensen tot hun beschikking staat ter ondersteuning van hun persoonlijke problemen.

Tabel 8.2 Personen en instanties genoemd als 'bekend in dorp of streek' vanwege hulp aan mensen met persoonlijke moeilijkheden of problemen.

<u>sleutelfiguren</u>	(n=252) genoemd door %	<u>sociale dienstverlening</u>	(n=252) genoemd door %
individuele vertrouwensfiguren in het dorp zonder officiële positie	3	gemeentehuis	5
werkgever, vakbond	2	sociale dienst	4
personeelsfunktionaris		arbeidsburo	4
schoolhoofd, (hoofd)onderwijzer	4	<u>eerste lijns gezondheids/welzijnszorg</u>	
voorzitster KVO/Boerinnenbond	4	huisarts	71
landbouwvoorlichter	2	maatschappelijk werkster	36
bankdirecteur, -kassiere	3	wijkverpleegster	31
burgemeester	7	het Wit-Gele Kruisgebouw	4
B en W	4	pastor	39
wethouder	4	gezins- en bejaardenzorg	3
		Jongeren Advies Centrum	19
<u>vrijwilligersorganisaties/-werk</u>		<u>specialistische psychosociale hulp</u>	
ziekenbezoeksters, bejaardenbezoeksters, parochiehulp	4	MGG, Buro Boxmeer, MOB, SPD, 'Huwelijksburo' (LGV)	11
Zonnebloem	2	<u>overige hulpverleners, instanties (slechts eenmaal genoemd)</u>	
Jeugd- en jongerenraad	1	GGenGD, schoolpsycholoog, psycholoog,	
instuifleiders	1	bedrijfsarts, maatschappelijk werker	
werkelozenvereniging in ander dorp	1	van de Boerenbond; NVSH; psychiater; beroepskeuzeburo; doktersassistente; handoplegger; directeur verpleeghuis	

8.3 'VOOR ZICH HOUDEN' OF 'HULPZOEKEN'

In het fasenmodel over het hulpzoekproces, dat door Gurin et al. (1960) werd beschreven en later door veel anderen is overgenomen, wordt de keuze om al of niet hulp te zoeken als een aparte fase beschreven. In hun model volgt deze fase op de probleemdefiniëring en gaat vooraf aan de keuze van een specifieke hulpverlener. Aan een dergelijk model ligt de veronderstelling ten grondslag, dat mensen in probleemsituaties de keuze tussen hulpzoeken en niet-hulpzoeken als een reële en belangrijke keuze ervaren, welke onder meer te onderscheiden is van de keuze voor een specifieke hulpverlener. Met andere woorden,

de theoretische keuze in het model tussen hulpzoeken en niet-hulpzoeken zou ook een psychologische keuze zijn.

Wat is de RELEVANTIE van het onderscheiden van een apart keuzemoment tussen hulpzoeken en geen hulpzoeken. Gurin et al. (1960) hebben aangetoond dat bij deze keuze andere factoren een beïnvloedende rol spelen dan bij de keuze voor een specifieke hulpverlener. Dit betekent, dat het beroep op de hulp van bijvoorbeeld de huisarts of de AGGZ niet alleen afhankelijk is van factoren die specifiek naar deze hulpbron verwijzen. Wil men de toegankelijkheid van een bepaalde hulpbron vergroten, dan zou de interventie zich ook moeten richten op factoren die het al of niet hulpzoeken in het algemeen bepalen, ongeacht de richting van dit gedrag. Het onderscheid tussen de tweede en de derde fase in Gurin's model biedt uiteindelijk dus meer verklaringsmogelijkheden voor het SPECIFIEKE hulpzoekgedrag in een SPECIFIEKE probleemsituatie.

Belangrijk vanuit een preventief oogpunt is de vraag of de keuze tussen hulpzoeken en niet-hulpzoeken naar een meer algemene gedragsstijl in probleemsituaties verwijst. Verschillen mensen in de mate waarin zij in het algemeen geneigd zijn voor hun problemen hulp te zoeken bij anderen? Is dit het geval dan impliceert dit dat 'sociale ondersteuning' voor sommigen niet of nauwelijks bereikbaar is. Een beroep doen op een dergelijke ondersteuning behoort dan immers niet tot het gedragsrepertoire, of minstens prevaleren doorgaans andere probleemreacties. Hiermee wordt dan één van de krachten die het psychosociale evenwicht zouden kunnen herstellen geblokkeerd. We veronderstellen dat daarmee het risico op de ontwikkeling van psychosociale stoornissen wordt vergroot, wanneer zich ernstige levensproblemen aandienen.

In paragraaf 5.3.1 bespraken we de studies van Fischer en Turner (1970), Cash et al. (1978) en Corstjens (1976) die ieder in hun attitude-onderzoek het bestaan van een algemene faktor 'Interpersoonlijke openheid met betrekking tot eigen problematiek' hebben aangetoond. Deze bleek onafhankelijk te zijn van de houding ten aanzien van professionele hulpverleners, respectievelijk GGZ-hulpverleners.

8.3.1 Enkele antwoordverdelingen

Uit tabel 8.1 blijkt dat de keuze tussen hulpzoeken of de problemen voor zich houden, respectievelijk zelf oplossen zonder hulp van anderen, door nogal wat mensen als een reëel beleefde keuzemogelijkheid naar voren gebracht wordt. 15% van alle 'spontane' antwoorden op de vraag naar mogelijke probleemreacties vormen een verwoording hiervan.

Uit de interviews bleek echter tevens dat de keuze tussen deze alternatieven niet altijd gezien moet worden als een definitieve. Er werd nogal eens op gewezen dat men eerst zo lang mogelijk de problemen voor zich houdt of zelf tracht op te lossen, maar dat men in een latere probleemfase het zoeken van b.v. professionele hulp toch als een reële mogelijkheid zag. Het volgende antwoord is hiervoor illustratief:

"Op de eerste plaats ervoor zorgen dat niemand het te weten komt. Problemen houden ze liever voor zich. Vooral oudere mensen hebben moeite om hulp te vragen. Bij ernstige problemen eventueel naar de dokter gaan of in overleg met de dokter naar een maatschappelijk werker. De oudere mensen gaan misschien nog naar de pastoor."

"Als de problemen zwaar zijn zoekt men zelf een oplossing, als ze minder zwaar zijn praten ze er met vrienden over."

Na het gesprek over problemen in het dorp, wat men zoal met problemen kan doen en bij wie er zoal hulp wordt gezocht, is aan de geïnterviewde de volgende vraag gesteld:

"Wanneer we eens terug kijken naar problemen of persoonlijke moeilijkheden die uzelf hebt gehad in de laatste 10 jaar, dus sinds 1967, wat deed u dan meestal: Hield u de problemen dan meestal voor u of praatte u daar meestal over met andere mensen om hulp of steun te krijgen?"

Nemen we deze vraag als een eerste indicatie voor de verhouding tussen 'niet-hulpzoekers' (meestal voor zich houden) en 'hulpzoekers' (meestal hulpzoeken), dan overwegen in onze onderzoekspopulatie de hulpzoekers in een verhouding van 2:1. Slechts 4% kon zich niet in een van beide profielen plaatsen. Nagenoeg eenzelfde antwoordverhouding vinden we als reactie op het gedragsalternatief 'zelf oplossen zonder hulp van anderen' dat een onderdeel vormt van het instrument HZ-richting. We konkluderen hieruit, dat mensen in staat zijn hun gedragsstijl in probleemsituaties te beschrijven als: overwegend hulpzoekend of overwegend niet-hulpzoekend.

Tabel 8.3 Frekwentie-verdelingen bij enkele indicatoren voor hulpzoeken versus niet-hulpzoeken als overwegende gedragsstijl bij persoonlijke problemen (n=252).

ALGEMENE GEDRAGSSTIJL	voor zich	?	hulpzoeken
meestal voor zich houden versus met anderen erover praten om hulp of steun te krijgen	32%	4%	64%
zelf oplossen zonder hulp van anderen	altijd/meestal 35%	soms 15%	nooit 50%
HOUDING TEN OPZICHTE VAN	positief	neutraal	negatief
zelf oplossen zonder hulp van anderen	63%	10%	27%
SOCIALE NORMEN TEN OPZICHTE VAN	goedkeuring	neutraal	afkeuring
voor mijzelf houden en er met niemand over praten	13%	16%	71%

Interessant in tabel 8.3 is voorts het verschil tussen de houding en de waargenomen sociale normen ten aanzien van dezelfde gedragskeuze. Hoewel de meeste mensen een positieve houding hebben ten aanzien van 'zelf oplossen zonder hulp van anderen' wanneer zij zelf in problemen zouden verkeren, verwacht echter een meerderheid dat voor hen belangrijke personen dit gedrag zouden afkeuren. Dit is niet onbegrijpelijk, omdat het voor zich houden van de problemen belangrijke anderen op een afstand plaatst; door de anderen kan dit gemakkelijk gezien worden als een inbreuk op de kode van het wederzijdse vertrouwen en de emotionele nabijheid waarop de relatie gebaseerd is.

Vergelijken we de houding ten aanzien van 'zelf oplossen zonder hulp van anderen' (semantiese differentiaal-items) met de houdingen ten aanzien van andere hulpzoekalternatieven dan blijken een aantal alternatieven bovendien als aantrekkelijker te worden ervaren (zie figuur 8.7). Naar verwachting kiezen mensen in de praktijk dan ook eerder voor het meer aantrekkelijke alternatief. Binnen het normatieve kader is zelfoplossen zelfs nagenoeg het minst aantrekkelijk alternatief (figuur 8.11).

We konkluderen uit het voorgaande dat de neiging om bij anderen hulp te zoeken als reactie op probleemervaringen bij de overgrote meerderheid van de geïnterviewden prevaleert boven het niet-hulpzoeken.

8.3.2 Validiteit van het onderscheid tussen 'hulpzoekers' en 'zelfoplossers'

De waarde van deze konklusie is echter afhankelijk van de mate waarin het diskriminerende vermogen van deze zelfbeschrijvingen validiteit¹⁾ bezit. Wordt er door degenen die zichzelf als 'niet-hulpzoekers' of 'zelf-oplossers' beschouwen ook werkelijk minder hulp gezocht? We hebben dit op meerdere wijzen onderzocht.

Allereerst bleek dat de beide hiervoor genoemde GEDRAGSindikatoren een redelijk onderling verband vertonen ($r=.34$, $p<.001$). Of er uiteindelijk van een globale hulpzoekfaktor gesproken kan worden, hebben we nagegaan via faktoranalyse²⁾ op de indikatoren uit tabel 8.4. De resultaten bevestigen het bestaan van een globale hulpzoekfaktor. Alle indikatoren behalve de sociale normen laden minimaal .35 op de eerste ongeroteerde principale faktor (met de geschatte communaliteit op de diagonaal). Met het oog op onze verdere analyse zullen we deze GLOBALE HULPZOEKFAKTOR als index gebruiken voor de mate waarin mensen geneigd zijn in probleemsituaties hulp te zoeken bij anderen.

Tabel 8.4 De konstruktie van een GLOBALE HULPZOEK-FAKTOR.

	ladingen op de GLOB. HULPZOEK-FAKTOR
1. VOOR ZICH-HULPZOEKEN (0,1)	.44
2. HZ-ZELF OPLOSSEN zonder hulp (altijd-nooit)	.55
3. HZ-ALGEMEEN (laag-hoog)	.71
4. KONTAKT-SOM (laag-hoog)	.35
5. HOUDING-HZ-ZELF OPLOSSEN zonder hulp (positief-negatief)	.37
6. HOUDING-HZ-SOM (negatief-positief)	.40
7. SOC. NORM ZELF OPLOSSEN zonder hulp (positief-negatief)	.17

Voor een derde toets op de validiteit hebben we gebruik gemaakt van de opvattingen-lijst met 32 uitspraken van het Likert-type, die we aan een subgroep ($n=60$) binnen onze steekproef hebben voorgelegd. In deze lijst waren 14 uitspraken opgenomen met verwachtingen over de gevolgen van zelf oplossen, respectievelijk hulpzoeken in het algemeen. De helft van de uitspraken ging over zelf oplossen, de andere helft over hulpzoeken.

¹⁾ We hebben daartoe de relaties tussen een aantal verwante variabelen onderzocht. Aangezien we daarbij indikatoren hebben gebruikt die niet precies hetzelfde meten, maar slechts bij benadering naar verwante gedragstendenties verwijzen, gaat het hier om 'concurrent validity' en niet om soortgenoot-validiteit.

²⁾ Alvorens een faktoranalyse op basis van Pearson-korrelaties toe te passen hebben we, vanwege het niet-intervallaire karakter van de meeste variabelen, de onderlinge verbanden eveneens via de Tau berekend. Beide berekeningswijzen leiden tot identieke konklusies omtrent de significantie van deze onderlinge verbanden.

Tabel 8.5 Faktoranalyse met varimax-rotatie over 14 Likert-items met betrekking tot hulpzoeken versus het voor zich houden of zelf oplossen van problemen (n=60).

item	faktor 1	faktor 2
1. Problemen lossen zich in de loop van de tijd vanzelf op.	<u>.72</u>	-.17
2. Andere mensen kunnen mij goede adviezen geven wanneer ik in persoonlijke moeilijkheden verkeer.	-.17	<u>.38</u>
3. Hoe vaak je ook iets zegt over jezelf, anderen zien daar de betekenis toch niet van.	.21	-.25
4. Als je je maar voldoende inspant kun je al je problemen zelf oplossen.	<u>.74</u>	-.08
5. Als ik hulp van anderen zou willen hebben kan ik die gemakkelijk krijgen.	.08	<u>.38</u>
6. Een persoon met een sterk karakter kan persoonlijke problemen zelf de baas en zal weinig behoefte hebben om naar een ander toe te gaan.	<u>.76</u>	-.02
7. Om geestelijk gezond te blijven is het belangrijk mijn emoties zo goed mogelijk te bedwingen.	<u>.67</u>	.28
8. Wanneer ik in moeilijkheden zou verkeren denk ik dat anderen mij daarbij meestal goed kunnen helpen.	-.03	<u>.67</u>
9. Als ik maar hard werk gaan mijn problemen altijd vanzelf over.	<u>.57</u>	-.21
10. Als je je zorgen en moeilijkheden alleen voor jezelf houdt worden ze steeds groter.	-.34	<u>.56</u>
11. Het getuigt van een gezond karakter als je je moeilijkheden altijd oplost zonder hulp van anderen.	<u>.71</u>	.01
12. Wanneer je je persoonlijke problemen aan anderen vertelt, merk je vaak dat ze met dezelfde problemen zitten.	.10	<u>.52</u>
13. Wanneer je met iemand over persoonlijke dingen praat, zullen ze dat vaak doorvertellen aan andere mensen.	.20	<u>-.51</u>
14. Als je je ongelukkig voelt en je praat erover met iemand die je begrijpt, dan voel je je daarna een stuk beter.	.06	<u>.51</u>
verklaarde variantie:	23%	15%

Indien er sprake zou zijn van een algemene hulpzoekfaktor, dan verwachten we op basis van faktoranalyse een hoge lading van alle 14 items op de eerste principale faktor. Dit bleek echter niet het geval te zijn. Zowel in de principale analyse over alle 32 items als over de 14 items afzonderlijk bleken zij zich over twee factoren te verdelen. Varimax-rotatie maakt het beeld nog wat duidelijker. De items over 'zelf oplossen zonder hulp van anderen' zijn bijna alle op de eerste faktor te vinden en over hulpzoeken op de tweede faktor (tabel 8.5). Ook wanneer we scheve rotatie toelieten bleven de ladingen op deze factoren vrijwel ongewijzigd en vertoonden beide factoren geen onderlinge samenhang.

Op het eerste gezicht lijkt dit een ontkrachting van onze veronderstelling omtrent het bestaan van een globale hulpzoekfaktor. Bij nader inzien is er echter een meeraannemelijke verklaring mogelijk. Bij gedrag sluiten hulpzoeken en niet-hulpzoeken elkaar per definitie uit - althans op een zelfde gedragsmoment -. Ze vormen elkaars logiese tegenpolen op een gedragsdimensie. Bij de opvattingen is het echter niet noodzakelijk dat, wanneer

niemand positieve opvattingen heeft over hulpzoeken, hij of zij dan ook negatieve opvattingen heeft over zelfoplossen en voor zich houden. Evenmin is het omgekeerde noodzakelijk. Het is zeer goed mogelijk dat iemand zowel positieve opvattingen heeft over hulpzoeken als over het voor zich houden van problemen, evenzeer als over beide negatieve opvattingen kunnen bestaan. Bij het gedrag wordt gekozen voor het minst nadelige alternatief of voor het meest gunstige. Er vindt een afweging plaats.

Een parallel verschijnsel treffen we bijvoorbeeld aan bij opvattingen over geluk. Uit diverse studies is gebleken dat men tegelijkertijd positieve en negatieve gevoelens kan hebben met betrekking tot welzijn of geluk (Bradburn, 1969; Beisser, 1974; Hermans & Tak-Van de Ven, 1972; Ormel, 1980). De studies tonen aan dat positieve en negatieve opvattingen ieder een eigen dimensie vormen, die doorgaans onafhankelijk van elkaar zijn.

Dat de beide dimensies in ons geval uiteindelijk naar dezelfde gedragskeuze verwijzen, blijkt uit hun verband met enkele hulpzoekindicatoren. Beide dimensies zijn significant gerelateerd aan de gedragsindicator waarin beide keuze-alternatieven tegenover elkaar staan. De mate waarin het alternatief 'zelf oplossen' gebruikt wordt, wordt echter alleen voorspeld door de eerste opvattingdimensie, en de mate waarin hulp gezocht wordt uitsluitend door de tweede dimensie (tabel 8.6). We hebben hetzelfde gedaan met enkele houdingsindicatoren gebaseerd op de semantische differentiaal. Zij geven eenzelfde beeld te zien (zie kolom 3 en 4).

Tabel 8.6 Houdingen t.o.v. zelfoplossen en hulpzoeken gerelateerd aan indicatoren van gerapporteerd hulpzoekgedrag bij persoonlijke problemen.

indicatoren van gerapporteerd hulpzoekgedrag	positieve opvattingen over voor zich houden n=60	positieve opvattingen over hulpzoeken n=60	HOUDING (-/+) t.a.v. ZELF OPLOSSEN zonder hulp n=252	HOUDING (-/+) t.a.v. HULPZOEKEN SOM (sem. diff.) n=252
1. VOOR ZICH HOUDEN-HULPZOEKEN	-.21	.25	-.19	.18
2. HZ-ZELF OPLOSSEN zonder hulp (altijd - nooit)	-.33	.15	-.32	.20
3. HZ-ALGEMEEN	-.12	.37	-.21	.30

sig. nivo (n=60) $r=.21$, $p=.05$ en $r=.29$, $p=.01$; (n=252) $r=.10$, $p=.05$ en $r=.14$, $p=.01$; alle significante verbanden (r , $p<.05$) zijn ook significant op basis van Tau ($p<.01$)

Het voorafgaande samenvattend, konkluderen we dat er tussen mensen persoonsgebonden verschillen bestaan in hun reactie op probleemsituaties. Overeenkomstig onderzoeksvraagstelling 4 blijken sommigen in dergelijke situaties meer geneigd om de problemen voor zich te houden en zelf op te lossen zonder hulp van anderen, terwijl anderen daarentegen meer geneigd zijn om bij het oplossen van hun problemen hulp te zoeken. We hebben een aantal gegevens verstrekt, welke pleiten voor de validiteit van dit onderscheid tussen personen. Toch behoren we deze interpretatie voorlopig nog met de nodige voorzichtigheid te hanteren, omdat de verbanden waarop deze konklusies gebaseerd zijn niet al te hoog zijn en er bovendien niet van externe criteria gebruik gemaakt is.

We vatten deze hulpzoekneiging op als een aspect van het probleemoplossend vermogen van een persoon, nl. het vermogen om extra probleemoplossende kracht uit de omgeving te mobiliseren, wanneer de ernst van een probleemsituatie dit vereist. De aanwezigheid van

een dergelijk vermogen kan als een preventieve waarde beschouwd worden en de afwezigheid als een risico-faktor. Op de relatie tussen dit vermogen en het voorkomen van psychosociale problematiek zullen we in par. 8.8.7 en hoofdstuk 9 nog nader ingaan. De preventieve waarde van het hulpzoeken als een vorm van probleemoplossen krijgt tegenwoordig vooral aksent binnen het kader van de zelfhulpbeweging en de nadruk die gelegd wordt op natuurlijke ondersteuningssystemen.

8.4 RICHTING VAN HET HULPZOEKGEDRAG

Wanneer we stellen dat hulpzoeken een preventieve waarde heeft, dan behoeft dit een verduidelijking van de positie vanwaaruit dit gedrag als preventief wordt beoordeeld. Elders (Hosman, 1979) hebben we uiteengezet dat preventie steeds een relatief begrip is in de GGZ. Bezien vanuit de positie van de psychiatrische inrichting is het hulpzoeken bij de ambulante GGZ preventief te noemen, nl. ernstige pathologie en de noodzaak van opname voorkomen. Bezien vanuit de positie van de AGGZ verwijst het zoeken naar hulp bij de eerste lijn naar een preventievere vorm van hulp, nl. in een vroegtijdiger stadium, kortdurend, in de eigen leefomgeving en minder specialisties van aard. We hebben dit al eerder beschreven als de SEKUNDAIRE preventie. Van PRIMAIRE preventie, door sommigen ook wel de 'enige, echte' preventie genoemd, is sprake wanneer voorkomen wordt dat bij mensen problemen ontstaan met een dusdanig nood-karakter dat professionele hulp nodig is. Vanuit de gezondheidszorg als geheel gezien betekent primaire preventie dus het voorkomen van een behoefte aan professionele hulp.

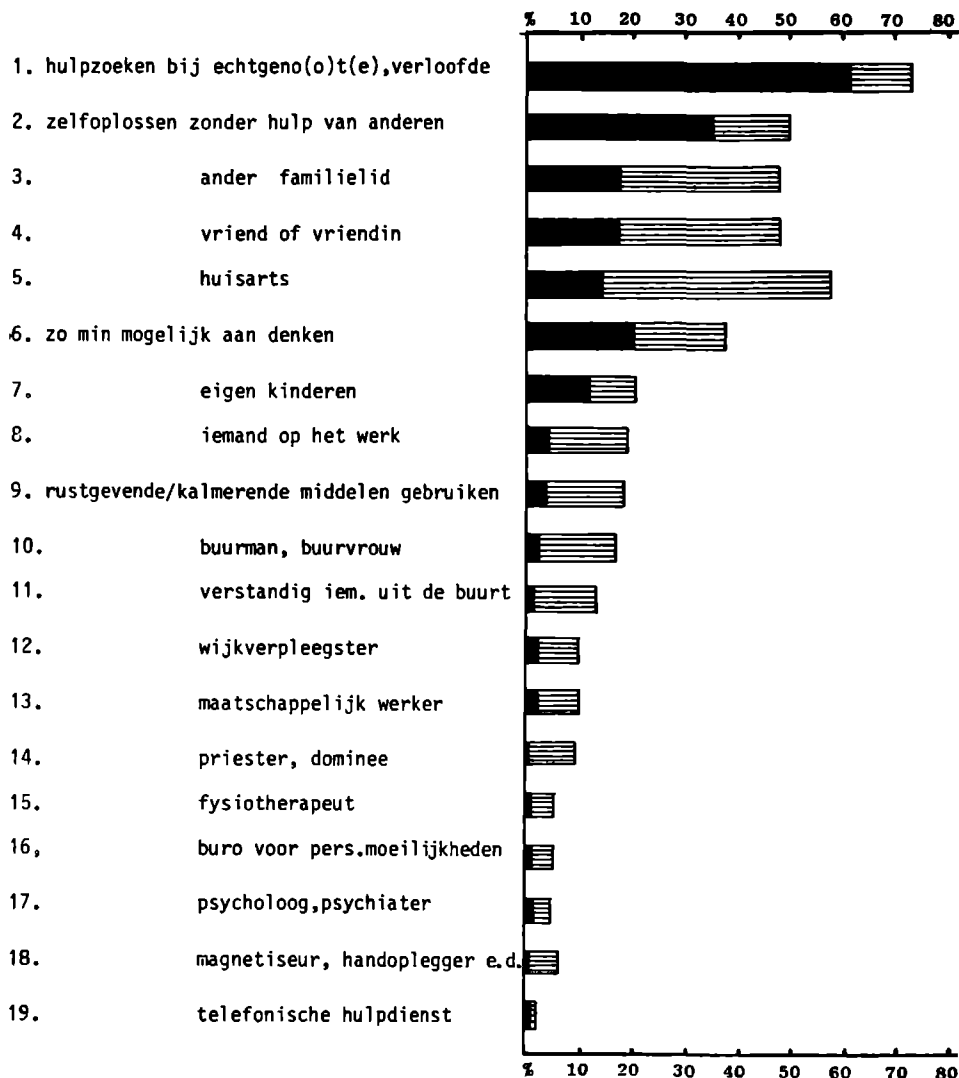
In hoofdstuk 2 en 5 hebben we reeds benadrukt, dat juist in dit opzicht 'informele hulp' een preventieve faktor kan worden genoemd. We zullen in onze verdere analyse aan dit onderscheid tussen informele en professionele hulp dan ook een centrale plaats toekennen. Omdat we deze studie verrichten vanuit de positie van de AGGZ, zullen we tevens een onderscheid maken tussen het zoeken van professionele hulp in de eerste en de tweede lijn.

We gaan er overigens vanuit dat het oplossen van problemen, alsook het hulpzoeken en hulpverlening primair een zaak is tussen mensen onderling. We bedoelen daarmee dat zij zich hoofdzakelijk afspelen binnen de natuurlijke en niet-professionele kontekst van het direkte leefmilieu.

Bij de inventarisatie van probleemreacties hebben we reeds geconstateerd dat het skala aan potentiële hulpbronnen zeer divers is. In welke mate er van de diverse hulpbronnen gebruik gemaakt wordt bij de verwerking van persoonlijke problemen (onderzoeksvraag 4) is in figuur 8.7 weergegeven. De gegevens zijn gebaseerd op de eigen rapportages van de respondenten over de mate, waarin zij gedurende de 'afgelopen 10 jaar' van de 19 aangeboden reaktie-mogelijkheden gebruik gemaakt hebben.

Informele en professionele hulp. Zoals we verwachtten zijn de belangrijkste hulpbronnen te vinden in de zeer direkte leefomgeving. De echtgeno(o)t(e) of verloofde vormt verreweg de meest gebruikte ondersteuningsmogelijkheid. Daarna nemen familieleden en vrienden

Figuur 8.7 *Percentage verdelingen over het gerapporteerde gebruik van diverse hulpzoekreacties bij de ervaring van psychosociale problematiek over de 'afgelopen 10 jaar', uitgesplitst naar gebruiksintensiteit*



Chi-kwadraat toetsen over de responsverschillen tussen diverse hulpzoekreacties: zie bijlage 18

■ % bijna altijd, vaak
 ▨ % soms, een enkele keer

eveneens een belangrijke plaats in binnen het informele circuit, maar duidelijk op het tweede plan. De significantie van deze en hierna te bespreken verschillen zijn vermeld in bijlage 18. Andere niet-professionele hulpbronnen zoals kinderen, burens, een verstandig iemand uit de buurt, en kollega's op het werk vormen ieder slechts voor een minderheid een feitelijk alternatief (21% - 13%). We hebben de gemiddelde hulpzoekscore over alle niet-professionele hulpverleners met de korresponderende score voor de professionele hulpverleners vergeleken na correctie voor het aantal in deze maten opgenomen alternatieven. De resultaten in tabel 8.8 tonen overtuigend aan, dat het gebruik van niet-professionele hulpbronnen beduidend groter is dan van professionele hulpbronnen. Bovendien is ook het scala van hulpbronnen waarvan in de niet-professionele sfeer gebruik gemaakt wordt breder dan in de professionele sektor.

Tabel 8.8 Hulpzoeken bij professionele en niet-professionele hulpbronnen gedurende de laatste 10 jaar.

	informele hulpbronnen	professionele hulpbronnen	signifikantie- toets
gemiddelde hulpzoekscore	18.29	12.20	t=15.97
standaard deviatie	5.29	2.89	df=250 p<.001
bij deze categorie hulp gezocht voor persoonlijke problemen:	%	%	
- nooit	8.3	35.7	
- 'soms, een enkele keer' bij één bepaalde hulp	8.7	35.3	
- 'bijna altijd, vaak' bij minstens één bepaalde hulpverlener, of 'soms' bij meerdere hulpverleners	83.0	29.0	$\chi^2=148.92$ df=2 p<.001
gemiddeld aantal verschillende hulp- bronnen waarvan gebruik gemaakt werd	2.38	1.03	t=11.69
standaard deviatie	1.48	1.08	df=250 p<.001

Een ander opvallend resultaat in de figuur 8.7 is het verschil tussen de zwarte gedeelten (=intensieve gebruikers) en de gestreepte gedeelten (=incidentele gebruikers). Hieruit blijkt dat de gebruikers van professionele hulp (met uitzondering van de huisarts) niet alleen slechts een zeer kleine minderheid vormen, maar ook dat men van deze hulpbronnen over het algemeen slechts incidenteel gebruik maakt. In dit geheel is het professionele aandeel dus slechts van beperkte aard en heeft meer een aanvullend karakter. Van de GEBRUIKERS van informele hulpbronnen (echtgenoot, kinderen, familie, vrienden) behoort 85% tot 36% tot de 'intensieve' gebruikers; bij gebruikers van professionele hulpbronnen varieert dit percentage daarentegen tussen 22 en 10%.

Bij deze verschillen in het gebruik van informele en professionele hulp speelt ongetwijfeld de veel grotere beschikbaarheid van informele hulpbronnen een belangrijke rol, zowel in kwantitatieve als geografische zin. In hoeverre dit ook geldt voor de houding ten aanzien van de diverse reacties, komt later in deze paragraaf aan de orde.

De positie van de huisarts. Figuur 8.7 toont voorts aan dat de lagere hulpzoekscore voor de professionele hulpverlening niet geldt voor alle professionele hulpverleners. Opvallend is de belangrijke plaats die de huisarts inneemt in het professionele hulpverleningscircuit voor persoonlijke problemen. Over de periode van 10 jaar bezien heeft hij voor 58% van de volwassen bevolking een hulpverlenende rol gespeeld bij persoonlijke problemen en voor 13% was dit bij dergelijke problemen zelfs 'vaak of bijna altijd' het geval. Qua belangrijkheid evenaart de huisarts de positie van een vriend(in) of familielid, voor wat het percentage intensieve gebruikers betreft (geen significant verschil). Rekenen we ook de incidentele gebruikers mee, dan stijgt hij nog significant boven hun positie uit.

Het verschil met de andere professionele hulpverleners is aanzienlijk. Bij hen variëren de kontaktpercentages voor psychosociale problematiek over de afgelopen 10 jaar tussen de 2 en 10%. Het verschil tussen de huisarts en de daarna meest gebruikte alternatieven - de wijkverpleegster en de maatschappelijk werker - is significant. Het kontaktpercentage voor de huisarts is 6x zo hoog als voor de wijkverpleegster, de maatschappelijk werker en de pastor, en 12 tot 14x zo hoog als voor een fysiotherapeut, hulpverleningsburo en een psycholoog of psychiater. Dit resultaat vormt een ondersteuning voor hypothese 7a, die handelt over de centrale positie van de huisarts.

Eerstelijns en tweedelijns hulp. Te midden van de 19 reactie-alternatieven van de HZ-RICHTING kwamen er twee alternatieven voor die verwijzen naar hulpzoeken in de tweede lijn gedurende de 'afgelopen 10 jaar', een buro voor hulp bij persoonlijke moeilijkheden en een psychiater of psycholoog. In tabel 8.9 hebben we de gemiddelde hulpzoekskores weergegeven voor een eerstelijns en een tweedelijns-alternatief. Bij persoonlijke problemen wordt een eerstelijnsalternatief gemiddeld vaker gebruikt als hulpzoekmogelijkheid dan een tweedelijnsalternatief. Wanneer we dit effect bovendien over alle typen eerstelijnswerkers optellen dan is het verschil tussen het gebruik van eerste en tweede lijn beduidend groter. Dit is duidelijk te zien in de onderste helft van deze tabel. Hieruit blijkt dat over een periode van 10 jaar tenminste 61% zich wel eens met persoonlijke problemen tot een eerstelijnswerker gewend heeft. Voor de tweedelijns psychosociale hulpverlening - zoals hiervoor geoperationaliseerd - geldt dit slechts voor 8%. Dit resultaat weerspiegelt de filosofie achter het echelonneringsprincipe, waarbij aan de eerstelijns een veel grotere toegankelijkheid wordt toegekend dan aan de tweede lijn.

Tabel 8.9 Hulpzoeken in de eerste en tweede lijn gedurende de laatste 10 jaar

	eerste lijn	tweede lijn	signifikantie-toets
gemiddelde hulpzoekscore	13.10	10.85	t=6.69
standaard deviatie	4.01	3.51	df=250 p<.01
bij deze categorieën hulp gezocht voor persoonlijke problemen	%	%	$\chi^2=67.40$
- nooit	38.9	92.1	df=1
- ooit	61.1	7.9	p<.001

Gezien de onderlinge verschillen in hulpzoekfrequentie tussen de diverse eerstelijns-werkers, is het de vraag of het verschil tussen de eerste en tweede lijn opgaat voor alle afzonderlijke eerstelijns werkers dan wel alleen voor de huisarts. De chi-kwadraat toetsen tonen aan dat de hogere gebruiksfrequentie ten opzichte van de tweede lijn uiteraard het sterkst geldt voor de huisarts, maar ook aantoonbaar is voor de maatschappelijk werker en de wijkverpleegster. Voor andere eerstelijns werkers (in ruime zin), zoals een pastor en een fysiotherapeut, vonden we geen verschillen. Voorzover het begrip 'eerste lijn' verwijst naar een breder en toegankelijker hulpverleningsapparaat ten behoeve van psychosociale problemen dan bijvoorbeeld de AGGZ, geldt dit kennelijk alleen voor de eerste lijn 'in engere zin'.

Houdingen en normen ten aanzien van hulpzoekalternatieven. De konklusies die we hiervoor hebben verbonden aan de geregistreeerde hulpzoekgewoonten worden hier nog eens bevestigd door de resultaten met betrekking tot de houdingen (figuur 8.10). De t-toetsen zijn berekend over de verschillen tussen de gemiddelden per alternatief (bijlage 18). Deze gemiddelden zijn gebaseerd op een combinatie van de drie items per gedragsalternatief. Op enkele saillante punten gaan we hier nader in.

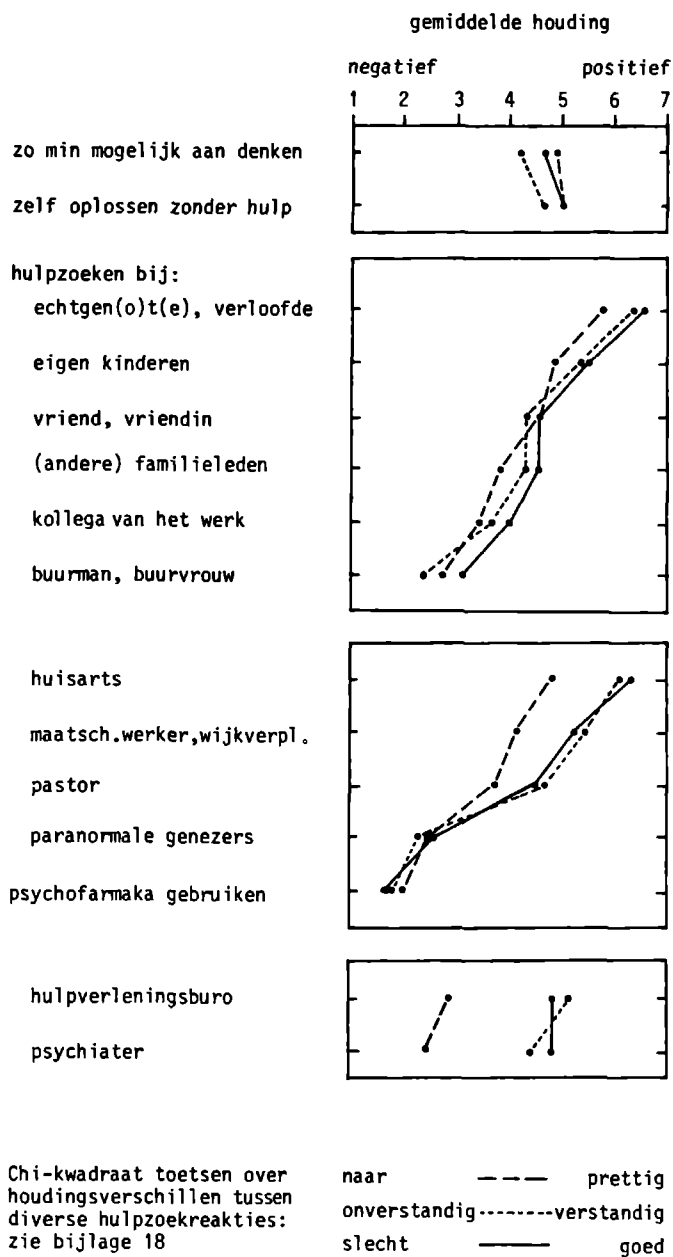
Opvallend is allereerst dat het praten over eigen problemen met een buurman of buurvrouw en een beroep doen op de hulp van paranormale genezers in tegenstelling tot de andere hulpbronnen als negatief, d.w.z. als slecht, onverstandig en naar wordt afgewezen. Van alle gepresenteerde reactie-mogelijkheden wordt het gebruik van psychofarmaka als het meest negatief beoordeeld. Het grijpen naar kalmerende middelen in tijden van spanning is - althans in deze plattelandsgemeente - aanzienlijk minder populair dan in de literatuur vaak wordt verondersteld.

Verder valt op dat zowel binnen de groep van niet-professionele hulpbronnen als binnen de groep van professionele hulpbronnen - qua aantrekkelijkheid - grote onderlinge verschillen zijn. Deze onderlinge houdingsverschillen weerspiegelen het verschil, waarmee de afgelopen 10 jaar van de diverse hulpbronnen gebruik gemaakt werd. De rangorde-korrelatie¹⁾ tussen houding en gedrag is binnen de niet professionele groep .77 en binnen de professionele groep .99. Ook hier treedt de huisarts naar voren als een van de meest aantrekkelijke hulpbronnen bij persoonlijke moeilijkheden en problemen. Na de eigen levenspartner staat de huisarts zelfs op de tweede plaats. De houding ten aanzien van hulpzoeken bij de huisarts is positiever dan t.o.v. het gebruik van alle overige hulpbronnen.

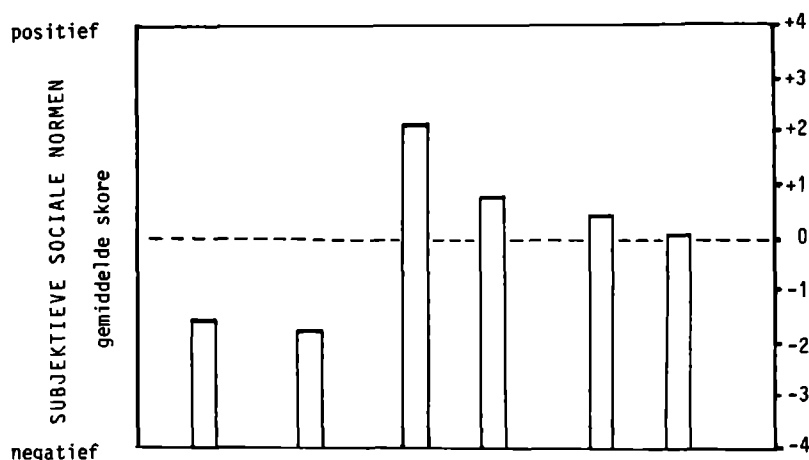
Het enige duidelijke verschil tussen de hulpzoekgedragingen en de houdingen betreft de verhouding tussen informele en professionele hulpbronnen. Bij de gedragsgewoonten bleek dat er aanzienlijk minder gebruik gemaakt werd van professionele hulpbronnen dan van informele hulpbronnen. Bij de houdingen bleek dit niet het geval. De gemiddelde houding over alle informele alternatieven wijkt niet af van de gemiddelde houding over de professionele alternatieven ($t=1.16$, n.s.). Ten aanzien van bepaalde professionele alternatieven had men zelfs een positievere houding dan ten opzichte van bepaalde informele alternatieven. Hulpzoeken bij een huisarts, maatschappelijk werker of wijkverpleegster waardeerde men gemiddeld als positiever dan bij vrienden, familie, collega's of bureu.

¹⁾ Deze rangorde-korrelaties zijn gebaseerd op de gemiddelde hulpzoekskores per alternatief van de HZ-RICHTING en de gemiddelde houdingsscores voor de overeenkomstige alternatieven.

Figuur 8.10 Houdingen ten aanzien van diverse hulpzoekreacties bij het ervaren van persoonlijke problemen (n=232)



Figuur 8.11 Gemiddelde subjectieve sociale normen ten aanzien van enkele hulpzoekgedragingen (n=231)



• Chi-kwadraat toetsen over de verschillen in subjectieve sociale normen tussen de vermelde hulpzoekgedragingen: zie bijlage 18.

Deze laatste konklusie behoeft echter een nadere nuancering. We vonden dat de drie evaluatieve items bij niet-professionele hulpbronnen steeds veel kleinere onderlinge verschillen in gemiddelden te zien gaven dan bij de professionele hulpbronnen. Beoordeeld men het hulpzoeken voor eigen problemen bij een huisarts, maatschappelijk werker, wijkverpleegster, pastor, hulpverleningsburo of psychiater gemiddeld als 'goed' en 'verstandig', men ervaart dit hulpzoekgedrag echter niet als prettig (behalve bij de huisarts) en bij buro's of een psychiater zelfs als uitgesproken 'naar'. Een meer verstandelijke evaluatie en een emotionele evaluatie lopen hier kennelijk uiteen. Gezien het geringe gebruik van deze laatste instanties, is het denkbaar dat men zich bij het feitelijke gedrag meer laat leiden door deze emotionele dan door de verstandelijke evaluatie. Evenals bij het gedrag geeft men ook qua gemiddelde houding de voorkeur aan de eerste lijn (huisarts, wijkverpleegster, maatschappelijk werker) boven de tweede lijn.

Voorts kan het hier besproken verschil tussen houdingen en gedragsgewoonten tevens verklaard worden uit de veel grotere beschikbaarheid van informele hulpverleners, waardoor een positieve houding in die gevallen gemakkelijker kan worden omgezet in een daarmee korresponderend gedrag.

Hoewel we de subjectieve sociale normen omwille van tijdsbesparing slechts ten aanzien van een beperkt aantal gedragsalternatieven hebben gemeten (figuur 8.11), blijken ze te korresponderen met het beeld dat we bij de houdingen vonden. Ook hier valt de gunstige positie van de huisarts op.

Kontakten met professionele hulpverleners en instanties (KONTAKT-lijst). Het overzicht in tabel 8.12 geeft weliswaar geen uitputtend maar toch een vrij uitgebreid beeld van het gebruik van diverse professionele hulpbronnen in de gezondheidszorg en sociale dienstverlening. De hier geregistreerde kontakten betreffen niet alleen eigen hulpvragen van de geïnterviewde, maar ook kontakten welke men gehad heeft voor iemand uit het gezin, bijvoorbeeld in verband met een zoon of dochter. Verder hebben de kontakten niet noodzakelijk betrekking op 'problemen'. Zo kunnen de kontakten met een wijkzuster of konsultatieburo-arts ook strikt kontrolerend van aard geweest zijn. Het overzicht geeft ons aanleiding tot de volgende konklusies.

Allereerst blijkt dat 79% over een periode van 10 jaar met minstens één van deze instanties een hulpverleningskontakt heeft gehad. Verder geldt voor bijna twee derde van de 41 instanties, dat hiervan gedurende deze 10 jaar door onze gemeenschap ofwel geen gebruik gemaakt is of slechts door 1% van de bevolking. Beschouwen we iedere instantie waarmee een geïnterviewde in deze periode minstens één kontakt heeft gehad als 'één kontakt', dan blijkt dat de 10 instanties, welke vermeld zijn in de categorieën A, B, C en D van de tabel, tezamen 82% van alle kontakten voor hun rekening nemen. Kontakten met de huisarts zijn hierbij buiten beschouwing gelaten. De meeste van deze 10 instanties kunnen tot de eerste lijn gerekend worden.

Tabel 8.12

Kontakten met professionele hulpverleners en instanties in de laatste 10 jaar ¹⁾ .		
<u>percentage</u>	<u>kontakt gehad met:</u>	(n=252)
A. bijna 40%	wijkzuster	
B. 21 - 30%	arts van het konsultatieburo voor zuigelingen en kleuters; school-arts; polikliniek van het Canisius- of Radboudziekenhuis	
C. 11 - 20%	maatschappelijk werker; bedrijfsarts	
D. 6 - 10%	leidster gezinszorg; leidster bejaardenzorg; ambtenaar voor sociale zaken van de sociale dienst; landbouwvoorlichter	
E. 4 à 5%	medisch-opvoedkundig buro; schoolpsycholoog; zenuwarts van het Maasziekenhuis; gebedsgenezer, helderziende of handoplegger	
F. 2 à 3%	jongeren-adviescentrum; zwakzinnigeninrichting	
G. 1% of minder	regionale raad voor de jeugdservice; raad voor de kinderbescherming; sociaal-psychiatrische dienst; regionale stichting voor gehandicaptenzorg; huwelijksburo (l.g.v.); sociaal-pedagogische dienst; dr. Rutgersstichting en de N.V.S.H.; telefonische hulpdienst; kinder-rechter; burgerraadsman; maatschappelijke advies en informatiedienst; sociale werkplaats; internaat voor moeilijk opvoedbare kinderen; psychiatrische inrichting)	
H. geen enkel	opbouwwerker; regionale stichting open bejaardenwerk; gelders adviesburo voor de homofilie; sociaal-geneeskundig adviesburo voor het gehandicapte kind; konsultatieburo voor alcoholisme en drugs; officier jeugdzaken van de rijkspolitie; konsultatieburo voor epileptici; re-klasseringsambtenaar; zorg voor ongehuwde moeders	

¹⁾ Kontakten met de huisarts waren bij deze reeks vragen niet betrokken. Drie kwart van de bevolking heeft gedurende het laatste jaar minstens één kontakt met de huisarts gehad. We veronderstellen daarom dat - gerekend over een periode van 10 jaar - vrijwel iedereen wel eens een hulpverleningskontakt gehad heeft met de huisarts.

Nu moet er natuurlijk rekening mee gehouden worden dat slechts een deel van de hier bedoelde hulpverleningskontakten rechtstreeks psychosociale problematiek betreft. We hebben echter reeds eerder aangetoond dat lichamelijke, materiële, werk- en studieproblemen samenhangen met problemen die meer direkt van psychosociale aard zijn. Beperken we ons tot de eerste, tweede of derdelijns instanties met een expliciete (deel) taak op het gebied van de psychosociale hulpverlening³⁾ dan heeft 28% hiermee de afgelopen 10 jaar contact gehad; 19% met één, 7% met twee en 2% met drie of meer instanties.

De gezamenlijke AGGZ-buro's (MOB, SPD, LGV en CAD) nemen van deze kontakten 3% voor hun rekening. Zouden we de kontakten met de huisarts hier nog aan toevoegen dan wordt dit percentage nog aanzienlijk kleiner. Hulpverleners in de AGGZ zijn nogal eens geneigd zichzelf te zien als het centrum voor hulp bij psychosociale problemen. Bezien we echter het AGGZ-aandeel binnen het geheel van de voorzieningen, dan neemt het daarin slechts een bescheiden positie in. Buiten de AGGZ bestaat een breed scala van instanties die gezamenlijk op direkte of indirecte wijze een belangrijke taak vervullen op het gebied van de psychosociale zorg. Met 'indirekt' bedoelen we dat de hulp wordt verleend voor problemen die met psychosociale problemen samenhangen, zoals we hiervoor hebben beschreven. Wil de AGGZ haar taakuitvoering op het terrein van de psychosociale zorg optimaliseren, dan kan zij natuurlijk trachten haar aandeel te verhogen door een groter aantal hulpvragen naar zich toe te trekken. Deze trend is de laatste 10 jaar duidelijk zichtbaar geweest in de AGGZ. De voorgaande resultaten laten echter zien dat een optimalisering van de taakuitvoering in belangrijke mate gezocht zou moeten worden in samenwerking met en ondersteuning van andere instanties in deze sectoren. Aangezien veel van deze instanties in een eerder stadium met de problematiek in aanraking komen dan de AGGZ, ligt juist hierin ook een mogelijkheid om van de AGGZ aan de preventieve taak een konkrete vorm te geven.

Onderlinge relaties tussen hulpzoekgedragingen. Op basis van de HZ-RICHTING bleek men in de dorpsgemeenschap gedurende de meetperiode gemiddeld van 5 verschillende hulpbronnen gebruik te hebben gemaakt. Dit roept de vraag op of zich daarbij veelvoorkomende combinaties voordoen of dat de voorkomende combinaties at random zijn verdeeld. Naarmate er tussen het gebruik van hulpbron A en hulpbron B in de populatie een hoger verband bestaat, mag worden aangenomen dat de feitelijke cliëntbestanden elkaar sterker overlappen. Dit zou een extra reden kunnen zijn om samenwerking tussen deze hulpbronnen te bevorderen.

Een sterk onderling verband tussen het gebruik van een groot aantal hulpbronnen zou er op kunnen wijzen, dat het beroep op een bepaalde hulpverlener meer voortkomt uit een algemene neiging tot hulpzoeken, dan uit een specifieke keuze voor een bepaalde hulpverlener. Geen of lage onderlinge verbanden verwijzen naar een grotere selektiviteit in de richting van het hulpzoeken. Via multivariate analyse kan echter ook blijken dat er meerdere van elkaar onafhankelijke hulpverleningsklusters of 'circuits' bestaan. Dit betekent dat binnen een circuit het gebruik van de daar aanwezige hulpbronnen onderling

³⁾ Zie bijlage 11.

samenhangt. Maakt men vaker (of juist weinig) gebruik van een bepaalde hulpbron uit het cluster dan zal men ook vaker (minder) gebruik maken van de andere hulpbronnen uit het cluster.

Aangezien het bij de variabelen uit de HZ-RICHTING alléén om ordinale variabelen gaat en een groot aantal daarvan bovendien een zeer scheve responsverdeling te zien geven, hebben we de onderlinge korrelaties berekend via Kendall's Tau.

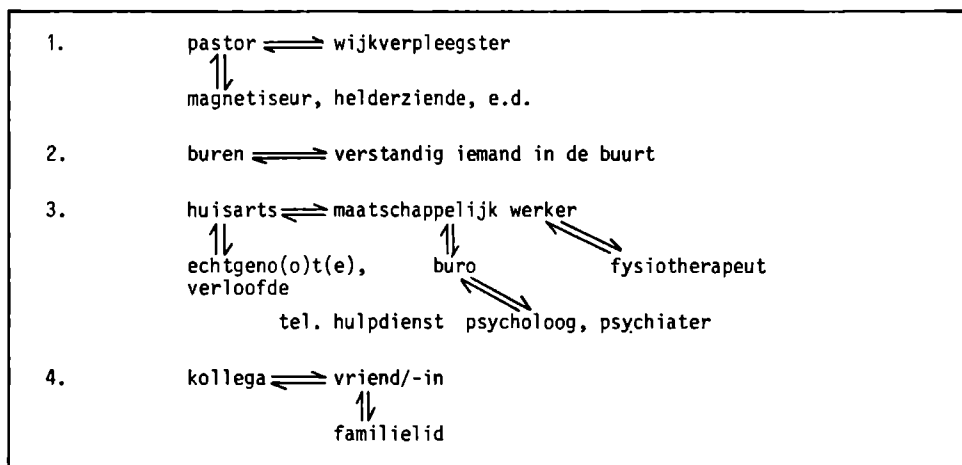
Om clusters (circuits) op het spoor te komen hebben we op de korrelatiematrix allereerst de ELEMENTARY LINKAGE ANALYSIS van McQuitty toegepast (Philip, 1972, pag. 80). De methode beoogt op een simpele wijze uit een korrelatiematrix de belangrijkste clusters te trekken. Iedere variabele wordt in een bepaald cluster opgenomen op basis van zijn hoogste korrelatie met de andere variabelen. Het volgende citaat van Philip (pag. 81) geeft de procedure aan:

The analysis of this data consists of five steps:

- 1 Underline the highest entry in each *column* of the matrix. (In the table these entries are in *italics*.)
- 2 Select the highest entry of the entire matrix; the two variables having this correlation constitute the first two variables of the first cluster.
- 3 Select all those variables which are most like the variables of the first cluster. Do this by reading along the *rows* of the variables which emerged in Step 2 and select any underlined coefficients in these rows.
- 4 Select any variables which are most like the variables elicited in Step 3. Repeat the procedure of Step 3 until no further variables emerge.
- 5 Excluding all those variables which fall within the first cluster, repeat Steps 2 to 4.

De hieruit resulterende clusters zijn vermeld in tabel 8.13.

Tabel 8.13 Resultaten van de Elementary Linkage Analysis over de HZ-RICHTING.



Uit deze analyse komen dus twee informele clusters naar voren en twee professionele clusters. Tezamen vertegenwoordigen zij de belangrijkste verbanden tussen de onderscheiden hulpzoekgedragingen. Omdat deze clusters desondanks slechts een deel van de gevonden verbanden weergeven, hebben we deze clusters in figuur 8.14 geplaatst binnen het totale netwerk aan onderlinge verbanden. We hebben hier alle relaties weergegeven met een tau-

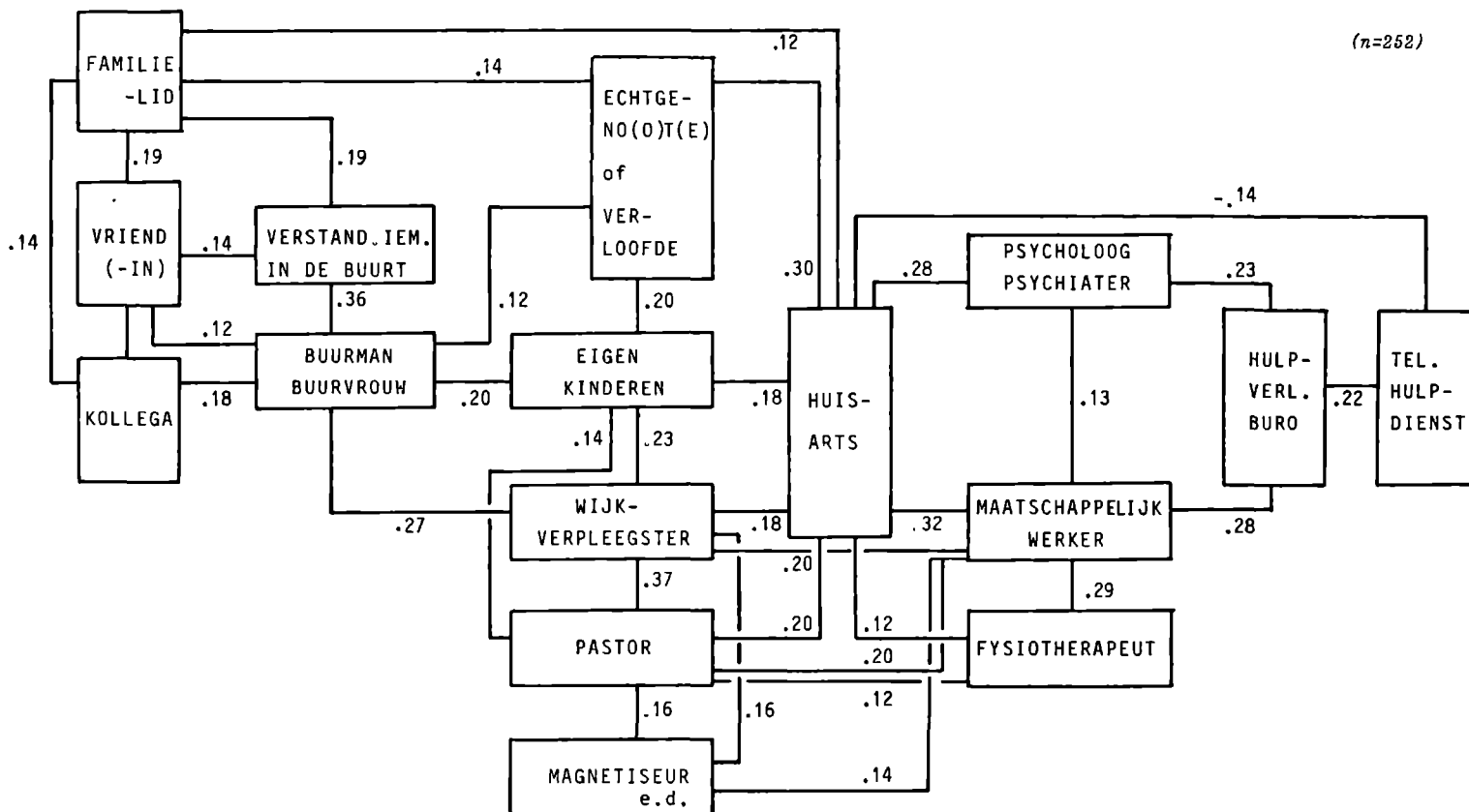
waarde van .12 of hoger ($p < .05$). Omwille van de overzichtelijkheid hebben we alle significante korrelaties van .10 en .11 uit de figuur weggelaten.

Allereerst laat de figuur zien dat er tussen de diverse hulpzoekgedragingen (over de laatste 10 jaar) een groot aantal onderlinge verbanden bestaan, maar bovendien dat deze een zeer specifiek patroon vormen. Ze weerspiegelen als het ware het onderscheid tussen het zogenoemde 0e, 1e en 2e echelon.

Zo blijken er tussen de klusters 2 en 4 een reeks verbanden te bestaan zodat we hen tezamen als het 'INFORMELE CIRCUIT' (buiten het eigen gezin of de eigen relatie) kunnen beschouwen. Ook tussen het gebruik van de diverse professionele hulpverleners in de eerste lijn en tweede lijn zien we een groot aantal onderlinge verbanden. Tussen het informele circuit (A) enerzijds en het EERSTELIJNSCIRCUIT (B) anderzijds bestaan echter weinig verbanden. Maakt men dus vaker gebruik van een hulpbron binnen circuit A, dan is de kans groot dat men ook vaker gebruik maakt van andere hulpbronnen uit dat circuit. Het zegt echter weinig over de mate waarin men van circuit B gebruik maakt. Andersom kan over het gebruik van circuit B hetzelfde gezegd worden. Naarmate men vaker hulp gezocht heeft bij één van de eerstelijns werkers, is de kans ook groter dat men in deze periode op meerdere eerstelijns werkers een beroep gedaan heeft. Gezien dit resultaat mogen we aannemen dat er binnen de onderzochte dorpsgemeenschap groepen te onderscheiden zijn, die zich in het algemeen sterker richten op het informele circuit buiten het gezin, terwijl anderen in hun hulpzoekgedrag een sterkere oriëntatie hebben op de eerste lijn als geheel. In hoeverre deze groepen sociaal te lokaliseren zijn, komt in een latere paragraaf aan de orde.

Degenen die bij het ervaren van persoonlijke problemen vooral steun zoeken bij HUN PARTNER OF HUN KINDEREN, nemen in het geheel een middenpositie in. Enerzijds maken zij ook meer gebruik van het informele circuit buiten het gezin, anderzijds doen zij in probleemsituaties ook vaker een beroep op eerstelijns werkers (huisarts, wijkverpleegster, pastor). Gezien de aard van deze hulpbronnen - met name de eigen kinderen en de pastor - nemen we aan dat het hier vooral gaat om mensen uit de midden en oudere leeftijdsgroepen (boven de 45 jaar).

De POSITIE VAN DE HUISARTS is ook hier weer opvallend. Het hulpzoeken bij de huisarts is een van de hulpzoekgedragingen die de meeste samenhang vertoont met het gebruik van andere hulpverleners, uitgaande van zowel het aantal significante verbanden in de matrix als van de hoogte van deze verbanden. Het is de enige hulpverlener waarvan het gebruik zowel positief gerelateerd is aan het gebruik van enkele informele hulpbronnen, als aan het gebruik van andere eerstelijns hulp, alsook aan het hulpzoeken bij een psycholoog of psychiater. Wanneer mensen psychosociale hulp zoeken bij de huisarts is dat dan ook mogelijk een signaal voor het bestaan van een brede reeks van hulpverleningskontakten. Voor een deel zouden de verbanden met andere professionele hulpverleners kunnen wijzen op de rol van de huisarts als een centrale verwijzer binnen de eerste lijn, dan wel als degene naar wie andere eerstelijns werkers klanten doorverwijzen. We hebben dit beeld immers ook in een eerder onderzoek over de relaties binnen de eerste en tweede lijn aangetroffen (Hosman & Swarte, 1973a, 1973b). Zeker zijn we over deze interpretaties overigens niet op basis van ons onderzoek, de gerapporteerde hulpverleningskontakten kunnen immers over een lange periode verdeeld zijn geweest.



Figuur 8.14 Relaties (tau) tussen het gebruik van diverse informele en professionele hulpbronnen gedurende 'de afgelopen 10 jaar'

In paragraaf 8.8 zal worden nagegaan in hoeverre de voorkeur voor bepaalde circuits een proces van sociale selectie weerspiegelt, met andere woorden of de verschillende sociale groeperingen in de bevolking ook verschillen in de circuits waarop zij een beroep doen wanneer zich ernstige persoonlijke problemen voordoen.

8.5 VOLGORDE VAN HULPZOEKGEDRAGINGEN

In het interview werden 19 reaktiemogelijkheden aangeboden en de vraag was, wat men in probleemsituaties MEESTAL het eerst doet, wat op de tweede, de derde en de vierde plaats. Niet iedereen was in staat een voor hem of haar typerende reeks van vier opeenvolgende reacties te beschrijven. Sommigen kwamen niet verder dan 2, anderen niet verder dan 3 opeenvolgende reacties; 60% noemde vier reacties.

In het totaal werden er door 231 respondenten 800 reacties genoemd, welke we in zes groepen hebben onderverdeeld (tabel 8.15). In het algemeen onderstrepen deze resultaten opnieuw de belangrijke plaats die informele hulpverleners innemen bij het oplossen van psychosociale problemen. Van alle reacties heeft slechts één vijfde betrekking op hulpzoeken in de professionele sfeer. De resultaten benadrukken voorts nog eens de marginale positie van de tweedelijns hulpverlening BIJ DE EERSTE VIER probleemoplossende stappen. In aflopende volgorde van gebruiksfrequentie zijn de belangrijkste hulpbronnen: de partner, huisarts, familielid en vriend(in). Tegenwoordig nemen zij 76% voor hun rekening van alle reacties die verwijzen naar hulpzoeken.

Tabel 8.15 800 probleemreacties uit de HZ-volgorde verdeeld in percentages over zes reactiegroepen

1. geen hulpzoeken: zelf oplossen, zo min mogelijk aan denken	21.2 %
2. rustgevend middel gebruiken	3.0 %
hulpzoeken bij:	
3. echtgeno(o)t(e), verloofde, eigen kinderen	26.5 %
4. overige informele hulpverleners	28.5 %
5. eerstelijns werkers (in ruime zin)	19.5 %
6. tweede lijn: psycholoog, psychiater en bureau voor hulp bij persoonlijke moeilijkheden	1.3 %

verschil	chi-kw.	p	verschil	chi-kw.	p
1 - 3	6.06	.02	4 - 5	17.76	.001
3 - 4	0.80	n.s.	(3+4) - (5+6)	199.40	.001
3 - 5	9.54	.01	df=1		

Evenals bij eerdere resultaten in dit hoofdstuk valt ook hier weer het lage percentage op dat kiest voor het gebruik van rustgevend middel. Het is denkbaar dat het psychofarmakagebruik in plattelandsgemeenschappen lager is, maar mogelijk weerspiegelt zich juist hierin de invloed van de lokale huisarts.

De 19 reaktiemogelijkheden, waaruit door de geïnterviewden zeer uiteenlopende viertallen werden gekozen en waarbij ieder viertal bovendien in een wisselende gebruiksvolgorde werd geplaatst, leverde geen dominante volgorde-profielen op. Een volgordeprofiel wordt gedefinieerd door het aantal genoemde reacties, de aard van de geselecteerde reacties en de aard van hun volgorde. Zelfs bij een samenvoeging van de 19 reacties tot zes hoofdkategorieën¹⁾ kwamen er nog 137 verschillende volgordeprofielen voor. We konkluderen dat bijna iedereen een eigen, specifieke 'route' beschrijft waarlangs men zijn problemen meestal tracht op te lossen.

Bij de eerste reactie-mogelijkheid kiest 32% voor een of andere vorm van niet-hulpzoeken. Dit komt overeen met het percentage dat we eerder vonden voor 'meestal voor zich houden'. Houden we bij de beoordeling van de volgordeprofielen geen rekening met de 'niet-hulpzoekalternatieven' en evenmin met het aantal gegeven reacties (1, 2, 3 of 4) dan laten de gegevens toch enkele algemene konklusies toe over de reaktievolvergode. De gegevens zijn samengevat in tabel 8.16. Wordt er eenmaal hulp gezocht, dan doet 89% van de geïnterviewden eerst een beroep op informele hulpbronnen en pas daarna bij professionele hulpverleners OF zoekt uitsluitend hulp in de informele sfeer.

Tabel 8.16 Volgorde van de eerste vier hulpzoekreacties uit 19 alternatieven, karakteristiek voor het hulpzoekgedrag in de laatste 10 jaar (n=231).

1. in geen van de vier opeenvolgende keuzen wordt hulp gezocht	1.3	
2. wanneer er hulp gezocht wordt alleen bij informele hulpverleners	8.2	43.7
a. alleen in het gezin of basisrelatie		
b. eerst in gezin/relatie, daarna bij overige informele hulpbronnen	21.2	
c. alleen bij overige informele hulpbronnen	9.5	
d. eerst bij overige informele hulpbronnen, daarna in gezin/relatie	4.8	
3. wanneer er hulp gezocht wordt, eerst bij informele hulpverleners daarna bij professionele hulpverleners		45.0
a. eerst in gezin/relatie, daarna bij professionele hulpverleners	24.7	
b. eerst in gezin/relatie, daarna bij overige hulpverleners, daarna bij professionele hulpverleners	10.0	
c. niet in gezin/relatie, eerst bij overige informele hulpverleners, daarna bij professionele hulpverleners	7.3	
d. eerst bij overige informele hulpverleners, daarna in gezin/relatie, daarna bij professionele hulpverleners	3.0	
4. wanneer er hulp gezocht wordt, alleen bij professionele hulpverleners		3.5
5. wanneer er hulp gezocht wordt, eerst bij professionele hulpverleners, daarna bij informele hulpverleners		6.5
		100 %

¹⁾ Bij deze samenvoeging kan een hoofdkategorie meerdere keren in het volgordeprofiel aanwezig zijn, wanneer suksessievelijk meerdere hulpbronnen uit dezelfde hoofdkategorie benaderd worden binnen de eerste vier reacties. Voorbeeld: (1) vriendin, (2) kollega, (3) familielid en (4) huisarts.

Slechts een kleine groep (10%) geeft als een voor hen typerende reactie: direct hulp-zoeken bij een professionele hulpverlener. Van de genoemde 89% bleken de meesten zich binnen de informele helpsfeer het eerst te wenden tot de 'meest belangrijke anderen' (partner, verloofde, kinderen), voordat men eventueel van andere informele hulpbron-nen gebruik maakt. 25% wendde zich echter eerst tot informele hulpverleners buiten het gezin of de eigen relatie.

Gegeven de mogelijkheid van maximaal vier opeenvolgende reacties, noemt bijna de helft (45%) geen enkele professionele hulpverlener in de voor hen typerende reactie-volgorde. Bij de overigen (55%), die dus wel professionele hulpverleners noemen, vin-den we slechts bij 2.6% psychosociale hulpverleners uit de tweede lijn.

In hoofdstuk 6 hebben we als HYPOTHESE 1 geformuleerd:

Bij het zoeken van hulp voor psychosociale problemen maken mensen doorgaans in een specifieke volgorde gebruik van de diverse hulpverleningsmogelijkheden, nl. eerst binnen de eigen leefeenheid (partner, kinderen), in tweede instantie bij andere informele hulpverleners, in derde instantie bij professionele hulpverle-ners in de eerste lijn, en in vierde instantie bij gespecialiseerde psychoso-ciale hulpverleners op tweedelijnsnivo.

Bij toetsing van deze hypothese beschouwen we een volgorde alleen in strijd met deze hypothese, wanneer de volgorde van de genoemde hoofdkategorieën afwijkt van de volg-orde in de hypothese. Het is dus niet nodig dat ALLE circuits in de genoemde volgorde dienen voor te komen. Wanneer in de eerste vier reactie-mogelijkheden alleen informele hulpverleners voorkomen, maar wel in de goede volgorde (bijvoorbeeld echtgenoot, vriend-in, familielid, geen vierde reactie), dan beschouwen we dit antwoordpatroon in overeen-stemming met de hypothese. De antwoordpatronen 2c, 2d, 3c, 3d, 4 en 5 (zie tabel 8.16) wijken dus van de veronderstelde volgorde af. Deze afwijkende antwoordpatronen werden door 37% van de steekproef genoemd. Bij 63% van de geïnterviewden was de volgorde van hun hulpzoekreacties niet in strijd met de hypothese.

Stellen we de nulhypothese dat de kans op een 'goed' respectievelijk 'afwijkend' profiel 50%/50% is, dan wijkt de door ons gevonden verdeling hiervan significant af en wel in de verwachte richting (χ^2 -kw. = 8.20, $df=1$, $p<.01$). We konkluderen dat een duidelijke meerderheid van de gevonden volgorde-profielen hypothese 1 ondersteunen. Een belangrijke minderheid geeft echter afwijkende volgorde-profielen te zien in hun hulp-zoekgedrag. De aard van deze afwijkingen zijn divers van aard. De meeste afwijkingen zijn te vinden binnen de informele sektor. 25% geeft er over het algemeen de voorkeur aan juist het eerst hulp te zoeken buiten het gezin of de eigen relatie; zij gaan met hun problemen het eerst naar een vriend, vriendin, familielid, kollega of een buurtge-noot.

Dit is op zichzelf niet zo vreemd, omdat veel problemen zich voordoen in relaties met de partner, ouders of kinderen. Juist in die situaties zal men de voorkeur geven aan het zoeken van informele hulp buiten deze primaire groep.

Omdat de huisarts in onze onderzoeksresultaten naar voren komt als een centrale figuur in de opvang van psychosociale nood, hebben we nagegaan welke positie hij inneemt in de hulpzoek-volgorde. Aan de huisarts wordt door de helft (49%) van de respondenten een plaats toegekend te midden van de eerste vier hulpzoekreacties. Slechts een kleine minderheid (4%) wendt zich daarbij direct tot de huisarts. Bijna driekwart van alle

hulpvragers bij de huisarts doet eerst een beroep op informele hulpverleners. De meesten schakelen de huisarts dus pas in 2e, 3e of 4e instantie in. Verder bleek dat van degenen die in deze hulpzoekvolgorde ook hulp van andere professionele hulpverleners inroepen, de helft hiermee eerst bij de huisarts is geweest. Binnen de groep 'hulpvragers bij de huisarts' bleek voorts dat men de huisarts vroeger in de hulpzoekvolgorde plaatst, naarmate men in het verleden vaker contact gehad heeft met de huisarts ($r=.34$, $p<.001$). We leiden hieruit af dat men in een vroegtijdiger stadium de hulp van een huisarts inroept naarmate men vertrouwd is met de huisarts, respectievelijk met dit type hulpzoekgedrag.

Vatten we de resultaten over zelfbeschrijvingen van de eerste vier 'typerende' probleemreacties samen dan blijkt het volgende. Wanneer er door mensen hulp gezocht wordt voor ervaren problemen, dan doen zij dat over het algemeen eerst bij informele hulpverleners. Pas in latere instantie gaat een deel hiervan (de helft) over tot het zoeken van professionele hulp. In de informele sfeer zijn het vooral de 'belangrijkste anderen' (partner, kinderen), die een centrale rol spelen bij de opvang van de eerste hulpvraag. Een belangrijke minderheid richt zich primair echter juist op het informele circuit buiten het gezin, de relatie of de kinderen. In de professionele sfeer beperkt het hulpzoeken zich nagenoeg tot de eerste lijn, waarbij de huisarts verreweg de belangrijkste hulpverlenende rol vervult. Op hem wordt vroegtijdiger een beroep gedaan naar de mate waarin er reeds een relatie bestaat.

8.6 RELATIE TUSSEN HET ZOEKEN VAN INFORMELE EN PROFESSIONELE HULP

In hoofdstuk 5 hebben we uiteengezet dat er zowel argumenten zijn om een negatief verband als om een positief verband te verwachten. Het belangrijkste argument voor een NEGATIEF verband vormen de vele aanwijzingen in de literatuur voor de preventieve invloed die er van het sociale netwerk, respectievelijk van informele hulp uitgaat ten aanzien van het ontstaan van psychosociale stoornissen en daarmee van de behoefte aan professionele hulp¹⁾. Voor een POSITIEF verband zijn twee argumenten aanwezig. De aanwezigheid van een algemene neiging tot hulpzoeken kan zowel positief effect hebben op het zoeken van informele hulp als op het zoeken van professionele hulp, en daardoor tot een positieve relatie tussen beide typen gedragingen leiden. Verder hebben we in de paragraaf over de HZ-VOLGORDE aangetoond, dat het zoeken van professionele hulp vaak voorafgegaan wordt door hulpverleningscontacten in de informele sfeer. Ook dit verschijnsel zal een positief verband bevorderen.

In ons onderzoek vinden we een positief verband (tabel 8.17). Afgaande op de terugrapportages van de geïnterviewden over een periode van 10 jaar, blijkt dat meer informele hulp niet gepaard is gegaan met minder gebruik van professionele hulp.

¹⁾ Zie paragraaf 5.6.2.

Hoe kunnen we het voorgaande interpreteren? Het lijkt er dus op dat het informele kluster 'vrienden', etc.' - in tegenstelling tot de partner en kinderen - een alternatief vormt voor professionele hulp, in het bijzonder de tweedelijns hulp. Dat juist dit informele circuit van vrienden e.d. mogelijk een preventieve werking heeft op het ontstaan van psychosociale nood, is te verklaren uit een overweging die we reeds in de vorige paragraaf naar voren hebben gebracht. Veel problemen doen zich binnen het gezinsverband voor of in de relatie met de partner. De gezinsleden vormen dan ook vaak een onderdeel in de probleemsituatie waarin men vastloopt. Vrienden, familie e.d. zijn dan vanuit hun meer onafhankelijke positie in staat (alsnog) een bijdrage te leveren aan de oplossing van het probleem en kunnen daardoor een behoefte aan professionele hulp voorkomen. De mate waarin men een dergelijk informeel hulpverlenings-circuit tot zijn of haar beschikking heeft, bepaalt dan in hoeverre men uiteindelijk van professionele hulp, in het bijzonder tweedelijns hulp, gebruik zal maken. Deze interpretatie houdt dus in dat we met name van het informele circuit buiten het gezin, de meeste preventieve invloed verwachten.

Van geheel andere aard is de verklaring dat de hulpzoekrichting vooral bepaald wordt door gewoonten, waarden en opvattingen die bij een bepaalde leeftijds- of levensfase behoren. In paragraaf 8.8.1 zullen we de relatie met leeftijd nader uitwerken. Kort gesteld komt de interpretatie hierop neer dat het gebruik van informele hulp buiten het gezin vooral past binnen de 'subcultuur' van de jongere leeftijdsgroepen en het gebruik van professionele hulp met name binnen de 'subcultuur' in de leeftijdsgroepen uit de midden-fase, voor wie ook het eigen gezin of de partner een belangrijke steun vormen in moeilijke tijden.

We konkluderen dat er - over de gehele steekproef genomen - geen aanwijzingen zijn voor een negatieve samenhang tussen het gebruik van informele hulp en het gebruik van professionele hulp. Zij die in probleemsituaties vaker informele hulp gebruiken, blijken niet minder beroep te doen op professionele hulpverleners. Wij vonden juist een positief verband tussen het gebruik van beide typen hulp. Alleen voor wat de tweedelijnsvoorzieningen betreft vonden we enige aanwijzingen voor een lager gebruik naarmate men meer gewend is om vrienden, familieleden of kollega's te betrekken bij het oplossen van eigen problemen.

Kanttekeningen. Deze konklusies behoeven enige kanttekeningen. Ten eerste hebben we bij het meten van de hulpzoekfrequentie gebruik gemaakt van zeer grove indicatoren. Het registratie-onderzoek in de huisartspraktijk (hoofdstuk 9) biedt mogelijkheden voor een nauwkeuriger kwantitatief onderzoek.

Ten tweede hebben we in de voorgaande analyse een positief verband gevonden tussen het gebruik van informele en professionele hulp "gegeven de aanwezigheid van een (ernstig) psychosociaal probleem". Individuele verschillen in de aanwezigheid en ernst van deze problematiek zijn daarbij buiten beschouwing gebleven. Wanneer 'informele' hulpzoekers op grond van deze sociale ondersteuning minder vaak in een psychosociale noodsituatie terecht komen, zullen zij uiteindelijk toch minder vaak een beroep doen op professionele hulp.

We zijn daarom nagegaan in hoeverre de 'hoogskoorders' ¹⁾ en de 'laagskoorders' op de variabelen OMVANG SOCIAAL NETWERK, SOCIAAL KONTAKTINDEX en HZ-INFORM van elkaar verschillen in de kans om tot de 'psychosociale noodgroep' te behoren (zie par. 7.3.4 en 7.4.8). We hebben eerder gesteld dat deze kwalifikatie verwijst naar een behoefte aan professionele hulp. Bij degenen met een klein sociaal netwerk, weinig sociale contacten en een lage gebruiksfrequentie van informele hulp, vinden we een kans van respectievelijk 21%, 19% en 17% om tot deze psychosociale noodgroep te behoren. Bij de hoogskoorders liggen de prevalentiecijfers inderdaad lager nl. 7%, 9% en 7%. Alleen op de eerstgenoemde variabele bereikt het verschil de significantiegrens (χ^2 -kw.=4.42, $p < .05$).

Deze konstatering lijkt op het eerste gezicht strijdig met de positieve samenhang tussen de BIOPRO enerzijds en de OMVANG VAN HET SOCIALE NETWERK en DE SOCIAAL KONTAKTINDEX anderzijds. Mensen met meer contacten melden hier juist meer problemen. Nu is het denkbaar dat juist deze mensen zich in een interview makkelijker blootgeven en daardoor meer problemen rapporteren (responsvertekening). We zouden juist bij hen dan ook een hoger percentage psychosociale nood moeten vinden. Zoals we zojuist gezien hebben, bleek het tegengestelde het geval.

We konkluderen hieruit dat degenen die in sterkere mate kunnen steunen op mensen in hun directe omgeving zeker niet minder psychosociale problemen hebben dan anderen, maar dat zij wel een lagere kans vertonen op psychosociale nood. Dit bevestigt een eerdere konklusie die we in paragraaf 7.4.5 hebben getrokken omtrent de mogelijke intermediaïren - de rol van sociale contacten bij de verwerking van dergelijke problemen. Hieruit volgt dan ook een geringere behoefte aan professionele hulp. Op basis van de analyse in dit hoofdstuk kunnen we hier echter aan toevoegen dat in deze groep - wanneer er zich eenmaal een psychosociale noodsituatie voordoet - een sterkere geneigdheid bestaat om dan de hulp van eerstelijns werkers in te roepen. Anderzijds is gebleken dat de groep die in probleemsituaties weinig gebruik maakt van informele hulp, ook minder gebruik maakt van eerstelijns hulp en van andere hulpverleningsinstanties, maar tegelijkertijd zijn bij hen sterkere aanwijzingen te vinden voor de aanwezigheid van psychosociale nood.

Uit het voorgaande volgt een derde kanttekening. Onze analyses zijn van beschrijvende aard en tonen geen causale effecten aan. Bovendien is het door de grove meting van het hulpzoekgedrag mogelijk dat rapportages over het gebruik van informele hulpbronnen op geheel andere problemen betrekking hadden dan de problemen waarvoor gedurende de 'laatste 10 jaar' professionele hulp werd ingeroepen. Om de eventuele preventieve invloed van informele hulp op de behoefte aan professionele hulp te onderzoeken is een longitudinale processtudie noodzakelijk. Hierbij zou het verloop van de probleemervaring bestudeerd moeten worden vóór, tijdens en na ieder van een reeks opeenvolgende hulpzoekreacties rond één en hetzelfde probleem.

Ten vierde hebben we ons in ons onderzoek beperkt tot informele hulpbronnen in de directe leefomgeving. De specifieke rol van zelfhulpgroepen, eveneens een vorm van niet-professionele hulp, is hierbij buiten beschouwing gebleven. Het is aannemelijk dat de inhoud van hun hulp verschilt met die welke de directe leefomgeving te bieden heeft.

¹⁾ Als hoogskoorders (respectievelijk laagskoorders) beschouwen we de respondenten die geskoord hebben op de hoogste (respectievelijk laagste) variabele categorieën, welke tezamen bij benadering 25% van de steekproef vormen.

Omdat in zelfhulpgroepen naast emotionele ondersteuning ook veel specifieke ervaringskennis wordt aangeboden, is het denkbaar dat dergelijke groepen sterker dan de directe leefomgeving een wezenlijk alternatief vormen voor professionele hulpverlening. Afgaande op de inventarisatie van de verschillende hulpbronnen in het dorp of de streek (tabel 8.2) lijkt het er op dat dergelijke zelfhulpgroepen binnen onze onderzoeksgemeente en op het tijdstip van onze interviewkampagne slechts een marginale rol spelen¹⁾.

8.7 HET WISSELEN VAN DE ROL VAN HULPVRAGER EN HULPVERLENER

In paragraaf 5.6.4 hebben we gewezen op de overeenkomst tussen hulpzoekgedrag en hetgeen Jourard (1971) definieert als 'self-disclosure'. Naarmate men anderen meer persoonlijke dingen over zichzelf vertelt, zullen deze hierop ook met meer persoonlijke informatie over zichzelf reageren (en omgekeerd). We hebben beargumenteerd dat dit verschijnsel ook op het hulpzoekgedrag van toepassing kan zijn. Op grond hiervan hebben we in hypothese 3 gesteld, dat we een positief verband verwachten tussen de mate waarin mensen informele hulp zoeken en de mate waarin zij zelf door anderen als informele hulpverlener worden benaderd. We verwachten dat dit wederkerigheidsprincipe alleen binnen informele relaties opgaat. Het ligt, doorgaans immers, niet in de lijn van professionele hulpverleners om op hun beurt hun eigen persoonlijke problemen met hun cliënten te bespreken.

We stelden in het interview de vraag "Komen mensen wel eens naar u toe om met u over hun zorgen of problemen te praten?" De antwoorden konden via een geprecodeerd kaartje worden aangekruist. Voor 9% was dit een of meerdere keren per week, voor 36% 'nooit' en de overigen namen een van de tussenposities in.

Tabel 8.18 De relatie tussen het hulpzoekgedrag van de geïnterviewde en de mate waarin hij of zij een rol vervult als informele hulpverlener.

hoge frekwent hulpzoeken/ skore = positieve houding	mate van informeel HULPVERLENEN	p-waarde
GLOBALE HULPZOEKINDEX	.16	<.01
HOUDING HZ-INFORMEEL	.26	<.001
HZ-INFORMEEL	.24	<.001
HZ-circuit: familie, vrienden, kollega's	.36	<.001
HOUDING HZ-PROF: (professionele hulp)	.08	n.s.
HZ-PROF	-.02	n.s.
KONTAKT-SOM (professionele hulp)	-.02	n.s.
OMVANG SOCIAAL NETWERK	.16	<.01
SOCIAAL KONTAKTINDEX	.30	<.001

N.B. alle significante r-koëfficiënten zijn ook significant op basis van Tau, met dezelfde p-waarde.

¹⁾ Mede gestimuleerd door de preventie-optiek van het onderzoek zijn in de periode na het onderzoek vanuit het home-team in het dorp enkele ouderkursussen opgezet.

De resultaten in tabel 8.18 tonen een positieve relatie tussen de mate waarin men zelf voor ervaren problemen informele hulp zoekt en de mate waarin men door anderen in de rol van de informele hulpverlener wordt geplaatst. Hoe vaker men zelf informele hulp zoekt, hoe vaker men ook door anderen werd benaderd om hulp of steun te verlenen. Zoals uit tabel 8.18 blijkt, gaat de wederkerigheid alleen op voor informele hulp. Dat we geen significante relaties vonden met het gebruik van professionele hulp achten we een extra ondersteuning van de validiteit van de voorgaande bevinding. HYPOTHESE 3 wordt door dit resultaat ondersteund en hoeft niet te worden verworpen.

De wederkerigheid is vooral te vinden waar mensen deel uit maken van een omvangrijker sociaal netwerk en veel contacten met hun omgeving onderhouden. Uit deze wederkerigheid en haar verankering in een sociaal netwerk blijkt, dat (informele) hulp zoeken niet alleen gezien moet worden als een individueel gedrag in een specifieke probleemsituatie, maar tevens als een kenmerk van een sociaal systeem (circuit) en daarom vermoedelijk ook als een meer duurzaam kenmerk.

De hiervoor vermelde resultaten en interpretaties zouden overigens overtuigender zijn, wanneer zij gebaseerd waren op een onafhankelijke registratie van de hulpverlenersrol van de respondent en niet - zoals hier - op diens subjectieve indruk.

8 8 RESULTATEN MET BETREKKING TOT SOCIALE SELEKTIE IN HET HULPZOEKGEDRAG

Van sociale selectie in het hulpzoeken kan pas gesproken worden wanneer het hulpzoekgedrag gerelateerd is aan persoonskenmerken en sociologische factoren, onafhankelijk van de ernst van de psychosociale problematiek.

De indicatoren voor het hulpzoekgedrag, welke we in dit hoofdstuk bespreken, hebben alle betrekking op een retrospectieve periode van 10 jaar. De invloed van de ervaren problematiek gedurende deze periode kan slechts op twee wijzen onder controle gehouden worden. Ten eerste, door deze apart te meten en het effect hiervan op het hulpzoeken via partiële correlatie of een vergelijkbare controlemethode uit te schakelen. We hebben echter alleen de aanwezige problematiek over 'het laatste jaar' onderzocht. Een dergelijke controle is dus niet mogelijk.

Nu lijkt het mede op grond van het vorige hoofdstuk aannemelijk om ervan uit te gaan dat vrijwel iedereen in de loop van 10 jaar wel eens gekonfronteerd is geweest met een min of meer ernstig persoonlijk probleem. Het lijkt dan ook redelijk te veronderstellen dat iedereen in deze periode wel eens voor de keuze heeft gestaan om voor dergelijke problemen al dan niet een beroep te doen op de hulp van anderen. Hoewel deze redenering ons in het algemeen verantwoord lijkt, geldt zij niet zonder meer voor de ernstgraad van de problematiek. Of er in deze periode van een psychosociale noódsituatie sprake is geweest, kan van persoon tot persoon verschillen. Met name dit laatste zou zich in de gedragsrapportage over deze periode kunnen weerspiegelen en dus vooral in de mate waarin men van professionele hulp gebruik maakte in probleemsituaties.

We hebben op twee manieren getracht dit probleem enigszins te ondervangen. Allereerst hebben we de sociaal-demografische variabelen niet alleen in verband gebracht met hulp-

zoekgewoonten in probleemsituaties, maar ook met de huidige houdingen en subjectieve sociale normen ten aanzien van de diverse hulpzoekgedragingen. Vinden we hier hetzelfde type relaties met de demografische variabelen dan ondersteunen zij de sociale selectie-interpretatie van de verbanden met de hulpzoekgewoonten.

Ten tweede zullen we nagaan in hoeverre de risikogroepen, die we in het vorige hoofdstuk hebben vastgesteld, in hun hulpzoekgedrag verschillen van de rest van de steekproef. Vinden we bij hen een sterkere gerichtheid op professionele hulp, dan weerspiegelt dit mogelijk de psychosociale nood situatie waarmee men al langere tijd geconfronteerd is geweest. Vinden we echter een negatief verschil, dan beschouwen we dit als een aanwijzing voor sociale selectie in het zoeken van professionele hulp. We mogen in dat geval immers verwachten dat de mensen die dergelijke hulp in het afgelopen jaar kennelijk het meeste nodig zouden hebben gehad, juist minder of niet meer hulp ontvangen hebben dan anderen. Met het oog op de 'huidige' problematiek mogen we verwachten dat deze tendens zich bij hen ook in het toekomstige gedrag zal voortzetten. Gezien de visie welke we in paragraaf 2.3.3 hebben verwoord met betrekking tot de criteria voor het vaststellen van psychosociale nood, zullen we tevens nagaan of een 'tekort' aan professionele hulp mogelijk gecompenseerd wordt door een 'extra' aan informele hulp.

Enkele opmerkingen over de te volgen ANALYSE-STRATEGIE. Evenals in het vorige hoofdstuk zullen we de relaties tussen demografische variabelen en hulpzoekgedragingen eerst afzonderlijk bezien (tabel 8.19 en 8.20).

Voor wat betreft de HZ-RICHTING zullen we de analyse vooral toespitsen op het ONDERSCHEID TUSSEN HET GEBRUIK VAN INFORMELE EN PROFESSIONELE HULP. Bij een nadere specificering van deze categorieën zullen we vooral aandacht schenken aan het circuit 'vrienden, familie, collega's', omdat het gebruik van dit circuit het meest onafhankelijk is van het gebruik van professionele voorzieningen. Het circuit 'buurt' en het gebruik van tweedelijns hulp laten zich nauwelijks sociaal-demografisch lokaliseren. Zeker in dit laatste geval laat het ontbreken van dergelijke relaties zich vooral verklaren uit het gebrek aan spreiding. We zullen vervolgens nagaan of we de veelheid aan samenhangen kunnen terugbrengen tot de samenhang tussen een beperkt aantal factoren. We doen dit in eerste instantie door te controleren in hoeverre de demografische factoren, welke we ook in het vorige hoofdstuk hebben gebruikt, in staat zijn de gevonden samenhangen met de demografische variabelen te representeren.

Aangezien we niet alleen bij de demografische achtergronden te doen hebben met een veelheid aan variabelen, maar ook bij de indicatoren voor de hulpzoekrichting, zullen we hier de REDUNDANTIE-ANALYSE van Van de Wollenberg (1977) toepassen, welke we in paragraaf 6.10 hebben besproken. De laatste twee kolommen in tabel 8.19 geven de resultaten van deze analyse weer. Als criterium-variabelen hebben we zes variabelen¹⁾ gebruikt die de houdingen, normen en gedragsgewoonten weerspiegelen ten aanzien van het gebruik van informele, respectievelijk professionele hulp. De analyse over de gehele steekproef leverde na varimax-rotatie twee duidelijk interpreteerbare factoren op. De eerste faktor verwijst naar een zwakke respectievelijk sterke oriëntatie op informele hulp en de tweede faktor naar een zwakke respectievelijk sterke oriëntatie op profes-

¹⁾ Zie bijlage 19.

sionele hulp. De cijfers in de kolommen geven de ladingen van de prediktor-variabelen aan op de prediktor-factoren. Het zijn dus de korrelaties van de demografische variabelen met de demografische factoren, welke - in dit geval - zo gekonstrueerd zijn dat zij zo optimaal mogelijk de individuele verschillen in het zoeken van informele, respectievelijk van professionele hulp verklaren. Daaronder is de redundantie (gekwadrateerde gemiddelde multiple korrelatie) weergegeven van de kriteria¹⁾ op basis van de betreffende prediktor-faktor²⁾.

In hoofdstuk 7 hebben we gekonstateerd dat psychosociale problemen zich bij mannen in andere subcategorieën concentreren dan bij vrouwen. Daarom hebben we ook in dit hoofdstuk de achtergronden van het hulpzoekgedrag niet alleen over de totale steekproef onderzocht maar tevens voor MANNEN EN VROUWEN APART (tabel 8.20).

8.8.1 Sexe en leeftijd

We constateren slechts een zeer gering verschil tussen mannen en vrouwen. In de redundantie-analyse vinden we zelfs in het geheel geen relatie meer. De indruk die we uit de onderzoeksliteratuur gekregen hebben (par. 5.2.2) dat vrouwen in het algemeen meer hulpzoeken dan mannen wordt niet in ons onderzoek bevestigd. Een nadere specificatie van de hulpzoekrichting laat wel een sterkere gerichtheid van vrouwen op de eerstelijns-hulp zien in het bijzonder op de psychosociale hulpverlening door de huisarts ($r=.15$, $p<.01$). Zoals we nog zullen zien zijn er veel duidelijkere verschillen tussen subgroepen van de beide sexen.

Ook bij de leeftijd vinden we geen lineaire relatie met de mate van hulpzoeken in het algemeen. Globaal gesproken lijkt het hulpzoeken dus een weinig leeftijdsgebonden verschijnsel. Dat het tegendeel echter waar is blijkt allereerst wanneer we een uitsplitsing maken naar de diverse leeftijdsgroepen én naar sexe (figuur 8.21). Bij mannen stijgt de geneigdheid tot hulpzoeken zeer sterk tot aan de leeftijdsgroep van de midden-vijftigers, daarboven neemt deze steiging weer sterk af (18-54 jr, $r=.43$; 45-95 jr, $r=-.47$). Bij vrouwen is deze algemene neiging tot hulpzoeken in probleemsituaties over de diverse leeftijdsgroepen stabiel, alleen bij de oudere groep zien we een duidelijke daling van deze hulpzoekneiging ($-/+65$ jr, $r=-.15$, $p<.01$).

De relatie tussen leeftijd, sexe en het hulpzoekgedrag wordt echter nog veel duidelijker wanneer we bovendien een opsplitsing maken naar het gebruik van informele en professionele hulp (figuur 8.22). Bij MANNEN is het verband tussen leeftijd en het zoeken van informele hulp nagenoeg gelijk aan het verband met het zoeken van professionele hulp. In de leeftijdsgroep tussen 45 en 54 jaar zien we de sterkste oriëntatie op hulpzoeken en in de jongste en oudste leeftijdskategorie het minste.

¹⁾ De afzonderlijke ladingen van de kriteria op de prediktor-factoren, d.w.z. hun multiple korrelatie met de prediktor-variabelen, zijn weergegeven in bijlage 19.

²⁾ We hebben de redundantie per faktor niet berekend over alle criteriumvariabelen in de analyse, zoals in het programma REDANAL gebeurt, maar alleen over die variabelen welke representatief zijn voor de betreffende faktor (zie bijlage 19).

Tabel 8.19 De relaties tussen demografische kenmerken en hulpzoekindicatoren (toelichting: zie tabel 7.8).

(n=252)	Globale Hulpzoek index	HZ- NOPROF	VRIJFND., FAM. en kollega	HZ- PROF	HZ- EERSTE LIJN	KONTAKT- SOCPSYCH	redundantie-analyse	
							HULP FAKTOR	HULP FAKTOR
PERSOONSKENMERKEN								
sexe (m/v)	.11	.	.	.11	.15	.	.06	-.01
leeftijd	.	.	-.38	.16	.17	.	-.61	.42
LEFFVERBAND								
gehuwd (resp. gew.) (-/+)	.24	.14	-.30	.23	.24	.13	-.24	.69
aantal kinderen	.	.	-.35	.15	.16	.14	-.35	.41
idem: 0 - 10 jaar	.	.	-.19	.	.	.	-.03	.09
idem: 11 - 17 jaar	.18	.10	.	.18	.22	.24	.05	.59
alleenwonend (-/+)	.	-.15	.	.	.	.	.	.
SOCIAAL-EKONOMIESE STATUS								
opleidingsnivo (laag-hoog)	.	.	.29	-.20	-.23	-.12	.45	-.40
oefent beroep uit (-/+)	.	.	-.13	-.17	-.18	.	.15	-.09
beroepsnivo (R) (laag-hoog)	.	.	.10	.	.	.	.17	-.15
beroepsnivo (K) (laag-hoog)	-.12	-.11	.	.	.	.	.12	-.21
(gezins-)inkomen (laag-hoog)	.	.	.	.	.	.	.01	-.12
grootte bedrijf (-/+ 50 pers.)	.	.	.	.	.	.	-.10	-.05
werkt in/buiten woongemeente	-.19	-.12	.	-.15	-.17	.	-.22	-.33
ploegenarbeid (-/+)	.	.	.	.	.	.	.01	.16
uitkering: wwv, zw, wao (-/+)	.	.	.	.	.	.	.	.
LEVENSBESCHOUWING								
intensiteit godsd. (hoog-laag)	.	.	.22	.	.	.	.33	-.26
kontaktfreqw. m. kerk (hoog-laag)	.	.	.19	.	.	.	.30	-.25
voorkeur progres. partij (-/+)	.	.	.	.11	.	.14	.20	.25
SOCIALE INTEGRATIE								
autochtoon-allochtoon	.	.	.	.14	.11	.	-.10	.23
woonduur in gemeente (-/+ 5 jr)	.	.	.	.	.	.	.01	.02
omvang soc. netwerk (klein-groot)	.18	.23	.20	.	.	.	.51	-.03
mate van soc. kontakt (weinig-veel)	.	.16	.23	.	.	-.11	.53	-.12
MULTIPLE KORRELATIE	.36	.37	.48	.34	.38	.29	redundantie	
gecorrigeerde MR ²	11.2	12.1	21.9	10.0	13.0	7.8		
FAKTOR 1: GENERATIEFAKTOR	.	.	-.36	.16	.18	.		
FAKTOR 2: MAN-VROUW ROL	.11	.	.	.11	.13	.		
FAKTOR 3: SOCIAAL-EKON. STATUS	.	.	.19	-.16	-.18	-.13		
gecorrigeerde MR ²	1.1	.	14.9	4.1	6.6	1.3		

Bij VROUWEN zien we daarentegen juist een groot verschil tussen de beide relaties. Het gebruik van informele hulp vertoont een sterk negatieve samenhang met de leeftijd, terwijl het gebruik van professionele hulp een zwak positief verband vertoont. Tot aan de leeftijd van 65 jaar geven de beide typen hulpzoekgedrag een kompensatoir beeld te zien. Dit verklaart het ontbreken van een verband tussen leeftijd en de algemene geneigdheid tot hulpzoeken. In de jongste leeftijdsgroep is oriëntatie op informele hulp het sterkst en de oriëntatie op professionele hulp het minst. In hogere leeftijdskategorieën worden deze verschillen geleidelijk minder, het gebruik van informele hulp neemt af en het gebruik van professionele hulp neemt toe (tot 65 jaar).

De konklusie, welke we in par. 5.2.4 aan de literatuur hebben ontleend, nl. dat de neiging tot hulpzoeken afneemt naarmate de leeftijd hoger is, vinden we in ons onderzoek alleen bevestigd voorzover het de lage hulpzoekgeneigdheid in de hoogste leeftijdskategorie betreft. Voor het overige hangt de relatie met de leeftijd sterk af van de aard van de hulpbronnen en verschilt alnaargelang de sexe.

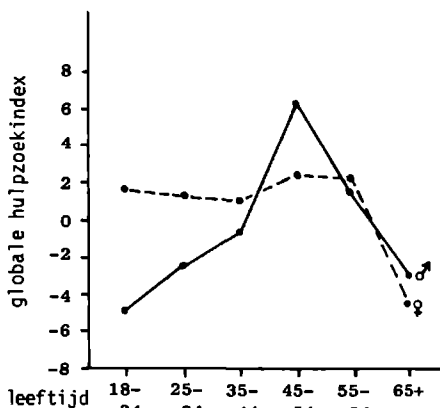


Fig. 8.21 Relatie tussen de GLOBALE HULPZOEKINDEX en leeftijd, voor mannen en vrouwen

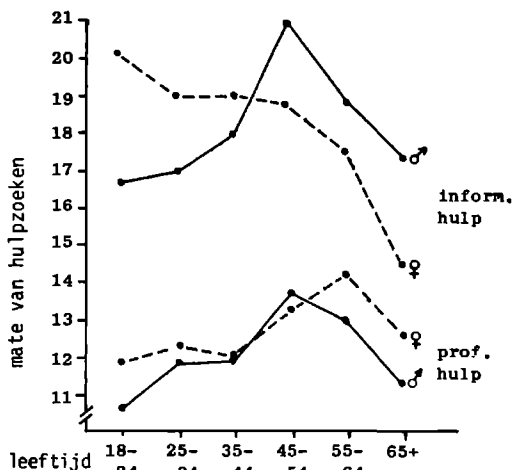


Fig. 8.22 Relatie tussen H2-INFORM, resp. H2-PROF en leeftijd, voor mannen en vrouwen

8.8.2 Leefverband en burgerlijke staat

Van de demografiese variabelen biedt de burgerlijke staat een van de beste indicaties voor de globale neiging tot hulpzoeken. Gehuwden - inclusief degenen die gehuwd geweest zijn - zoeken in probleemsituaties vaker hulp van anderen dan ongehuwden. Dit bleek zowel op grond van de houdings-, norm- als gedragsindikatoren. Deze konklusie wijkt af van hetgeen we als algemene konklusie uit de literatuur hebben afgeleid, nl. dat er geen verschillen worden gevonden, wanneer de mate van problematiek onder controle wordt gehouden (par. 5.2.4). Onze afwijkende bevinding kan geen effect zijn van verschillen in psychosociale problematiek, omdat we deze problematiek juist eerder vinden bij onge-

huwden dan bij gehuwden - althans bij de vrouwen. Door dit contrast komt de sociaal-selektieve invloed die kennelijk van de burgerlijke staat op het hulpzoeken uitgaat nog duidelijker naar voren.

Gehuwde mannen en vrouwen doen in probleemsituaties vaker dan ongehuwden een beroep op professionele hulpverleners. Alle informele hulpbronnen tezamen genomen zien we bij GEHUWDE MANNEN een sterkere oriëntatie op informele hulp dan bij hun ongehuwde sexegenoten. Bij een nadere uitsplitsing blijkt het daarbij vooral te gaan om een frekwenter gebruik van de ondersteunende rol van een partner, kinderen of burens. De categorie kollega's en familieleden gaf geen verschil te zien. In moeilijke omstandigheden steunen de ongehuwde mannen daarentegen veel sterker op vrienden of vriendinnen.

Bij VROUWEN zien we - alle informele hulpbronnen tezamen genomen - geen verschillen tussen gehuwden en ongehuwden. Een verdere uitsplitsing laat echter zien dat gehuwde vrouwen - uiteraard - veel sterker steunen op de hulp van hun partner en kinderen. Zij beschikken daarentegen, in vergelijking tot ongehuwde vrouwen, in veel mindere mate over de ondersteuningsmogelijkheden van vriendinnen, vrienden en kollega's. Nu zou men zich kunnen voorstellen dat gehuwde mannen die een baan hebben en dus ook hulp kunnen zoeken bij kollega's van hun werk, daardoor in zijn totaliteit over een ruimer informeel hulpverleningscircuit kunnen beschikken. Huisvrouwen zouden hun hulpverleningscircuit sterker beperkt zien tot het eigen gezin. Tussen beide groepen bleken echter geen significante verschillen te bestaan in hun gebruik van de diverse informele hulpverleningscircuits.

Het is niet verwonderlijk dat het hebben van kinderen, respectievelijk het aantal kinderen, een aantal overeenkomsten vertoont met de relatie tussen hulpzoeken en burgerlijke staat. Aanvullend is echter wel de bevinding dat niet het hebben van jonge kinderen, maar van kinderen tussen 11 en 17 jaar prediktief is voor de relaties met het gebruik van informele, respectievelijk professionele hulp. Ook bij de houdings- en norm-indicatoren zien we hetzelfde beeld terug. Deze relaties weerspiegelen ten aanzien van het hulpzoeken een mentaliteit welke kennelijk samenhangt met de gezinsfase. Dit beeld past bovendien bij de eerdere bevinding, dat de oriëntatie op het hulpzoeken vooral sterk is in de middenleeftijd.

8.8.3 Sociaal-ekonomiese status

Wanneer we onze konklusies baseren op de SES-faktor, blijkt dat mensen uit de hogere SES-groepen in de onderzochte plattelandsgemeente in het algemeen niet meer of minder geneigd zijn tot hulpzoeken voor hun persoonlijke problemen dan mensen uit de lagere SES-groepen. Alleen bij mannen uit de lagere SES-groepen vonden we wel een sterkere oriëntatie op hulpzoeken in vergelijking tot mannen met een hogere SES wanneer we alleen het beroepsnivo van de kostwinner als SES-kriterium zouden nemen.

Met de hulpzoekrichting vonden we echter wel een duidelijk verband, zoals blijkt uit de redundantie-analyse. Deze richtingsverschillen kunnen echter alleen worden toegeschreven aan verschillen in opleidingsnivo. Het inkomens- en beroepsnivo geven hierover geen informatie. Het verschil tussen de diverse SES-indicatoren komt overeen met de be-

vindingen van het Sociaal-Cultureel Planbureau (S.C.R., 1980), die ook op basis van het opleidingsnivo de duidelijkste verschillen op de gebruikersindikatoren aangeven.

Mensen met een hoger opleidingsnivo maken in probleemsituaties meer gebruik van informele hulp en minder van professionele hulp in vergelijking tot de lager opgeleiden. Deze zijn juist sterker georiënteerd op professionele hulp en minder op informele hulp. Afgaande op de redundantie-analyse vinden we dit verschijnsel zowel bij mannen als bij vrouwen. In zekere zin vinden we ook hier weer iets terug van het compenserende effect van informele ten opzichte van professionele hulp. Splitsen we de hulpzoekrichting verder uit, dan blijkt dat de lagere SES-groepen bij de verwerking van hun problemen relatief sterker georiënteerd zijn op het inschakelen van de hulp van een maatschappelijk werker, een huisarts, een wijkverpleegster, een pastor en van meer gespecialiseerde instanties voor psychosociale hulp. Bij de hogere opleidingsgroepen vinden we relatief een sterkere orientatie op het steun zoeken bij de partner, vrienden, familie en collega's.

Mannen die een ww(v)-, zw- of wao-uitkering ontvangen zijn wat sterker georiënteerd op professionele hulp dan anderen. Aangezien dit verband geheel ontbreekt bij de houdings- en normindikatoren menen we dat dit moet worden toegeschreven aan de hogere probleem-scores onder de uitkeringstrekken en niet geïnterpreteerd mag worden als een aanwijzing voor sociale selectie.

Van de overige indicatoren geeft alleen de plaats waar men het dagelijks werk verricht een duidelijke samenhang te zien met het hulpzoekgedrag. Degenen die dit hoofdzakelijk in of rond hun woongemeente doen maken in probleemsituaties vaker gebruik van informele en professionele hulp, dan degenen die dit vanwege hun baan elders in de streek of zelfs daarbuiten doen. Aangezien de meeste vrouwen geen betaalde baan hebben en daardoor hun werk vooral binnen de gemeente verrichten, zouden de hier gevonden verbanden een sexe-effekt kunnen zijn. Daarom is een uitsplitsing naar sexe juist hier wezenlijk. Ook binnen de categorie mannen blijven de genoemde relaties gehandhaafd.

Bij vrouwen zijn deze relaties echter niet aanwezig. Daar vinden we bij de vrouwen die 'elders' werken wel een intensiever gebruik van de informele hulp van vriendinnen, vrienden en collega's.

Het voorgaande zou erop kunnen wijzen dat het zoeken van professionele hulp binnen de woongemeente makkelijker is wanneer men de dagelijkse arbeid in of rond de woongemeente verricht, en dat deze hulp minder toegankelijk is naarmate de woon-werkafstand groter is. Er blijken echter ook andere verklaringen mogelijk omdat deze woon-werkafstand ook met veel andere sociologische en persoonskenmerken samenhangt. Degenen die wat verder van hun woongemeente werken, zijn vooral te vinden in de jongere leeftijdsgroepen, de ongehuwden of jong-gehuwden en degenen met weinig of geen kleine kinderen. Binnen de groep vrouwen zijn dit vooral degenen met een relatief hoger opleidingsnivo, bij de mannen echter juist degenen met een lager beroepsnivo en werkzaam in de grote bedrijven. Aangezien de gevonden verbanden met de woon-werkafstand wel gelden voor het gebruik van eerstelijns hulpverlening, maar niet voor meer gespecialiseerde instanties voor psychosociale zorg buiten de woongemeente, lijkt het toch waarschijnlijk dat de afstand en de toegankelijkheid hierbij een belangrijke rol spelen.

8.8.4 Levensbeschouwing

Beschouwen we de steekproef als geheel dan zegt de levensbeschouwing ons weinig over de hulpzoekgewoonten. Ook hier komt een duidelijker beeld naar voren als we een onderscheid maken naar sexe en hulpzoekrichting.

Bij **MANNEN** gaat minder gebondenheid aan kerk of godsdienst gepaard met een wat sterkere oriëntatie op informele hulp en minder op professionele hulp. Dit komt echter alleen tot uitdrukking in de houdingsverschillen en niet in de rapportage over de gedragsgewoonten. Een progressieve politieke voorkeur verwijst naar een intensiever gebruik van professionele hulpverlening in probleemsituaties. Men doet dan vaker een beroep op een maatschappelijk werker, een huisarts en op diverse vormen van gespecialiseerde psychosociale hulp.

Bij **VROUWEN** hangt het gebruik van informele hulp en niet van professionele hulp samen met de aard van de levensbeschouwing. Vrouwen die minder gebonden zijn aan kerk of godsdienst en een progressieve politieke voorkeur hebben zijn sterker dan andere vrouwen gericht op informele hulp bij de verwerking van hun problemen. Zij onderscheiden zich daarbij vooral door een sterke oriëntatie op de hulp door vrienden, vriendinnen en kollega's.

Sprekend over levensbeschouwing ligt het uiteraard voor de hand na te gaan in hoeverre men vanuit een gebondenheid aan kerk of godsdienst aan het pastoraat een belangrijke hulpverlenende taak toekent.

Zowel bij mannen als vrouwen bleek een positief verband te bestaan tussen deze gebondenheid en de mate waarin men in het verleden voor persoonlijke problemen hulp had gezocht bij pastores. In beide gevallen bleek het verband echter slechts zwak positief te zijn (.15). We konkluderen hieruit dat ook voor mensen, die sterk op godsdienst of kerk georiënteerd zijn, het pastoraat weliswaar vaker, maar toch slechts in beperkte mate de rol van psychosociale hulpverlener vervult.

8.8.5 Sociale integratie

De geboorteplaats en de woonduur in de gemeente leveren vrij weinig op als prediktor van het hulpzoekgedrag. Er zijn slechts enkele en meestal zwakke relaties met het hulpzoekgedrag aanwezig. Zij wijzen op een wat sterkere oriëntatie op professionele hulp, wanneer men niet uit het dorp zelf of de directe omgeving daarvan komt. We denken hierbij met name aan mensen die uit grotere steden afkomstig zijn, waar een sterkere oriëntatie op het gebruik van hulpverleningsinstanties te vinden is.

De mate van sociaal contact met de directe omgeving en de omvang van het sociale netwerk leveren een veel duidelijker beeld op. Naarmate het netwerk groter is en men over meer sociale kontakten in de omgeving beschikt, doet men in probleemsituaties vaker een beroep op informele hulp. We hebben in paragraaf 8.6 al reeds gekonstateerd dat deze netwerkenmerken niet gerelateerd zijn aan de mate waarin men van professionele hulpverleners gebruik maakt. De voorgaande konklusies worden ook ondersteund door de

relaties met de houdings- en norm-indicatoren. Hoewel we geen verklarend onderzoek hebben verricht, laat deze bevinding minstens de mogelijkheid open, dat de beschikbaarheid van sociale kontakten met de directe leefomgeving faciliterend werkt ten aanzien van het hulpzoeken in deze omgeving. Deze interpretatie past ook bij het wederkerigheidsprincipe, waarvoor we reeds in paragraaf 8.7 empirische ondersteuning hebben gevonden.

Een uitsplitsing naar sexe leidt deels tot een nadere nuancering, deels tot een correctie op de voorgaande conclusies. Ten eerste blijkt de gevonden samenhang tussen sociale netwerkkenmerken en het gebruik van informele hulp vooral typerend te zijn voor de categorie vrouwen. In de redundantie-analyse vinden we ook bij de mannen enige samenhang. Deze is echter alleen gebaseerd op houdingsverschillen en niet op gedragsverschillen. Belangwekkend is vervolgens de bevinding dat bij vrouwen een ruimere beschikbaarheid van sociale kontakten met de directe omgeving wel gepaard blijkt te gaan met een minder frekwent beroep op gespecialiseerde vormen van psychosociale hulp.

8 8 6 De regressie-analyse

Evenals in het vorige hoofdstuk stelt zich ook hier de vraag in welke mate demografische variabelen in hun totaliteit in staat zijn om verschillen in het hulpzoekgedrag te verklaren. Het gaat hier om de mate waarin zich rond het hulpzoekgedrag sociale selectieprocessen afspelen. We maken daarbij een onderscheid tussen de prediktie van de geneigdheid tot hulpzoeken in het algemeen en de richting van het hulpzoeken.

Gaan we uit van de demografische FAKTOREN dan blijken deze slechts 1.1% van de verschillen in de GLOBALE HULPZOEKINDEX te kunnen verklaren. Op basis van de multiple regressie over de afzonderlijke demografische VARIABELEN bereiken we daarentegen een verklaarde variantie van 11.2%. De demografische factoren zijn kennelijk weinig geschikt om de aanwezige verbanden met deze GLOBALE HULPZOEKINDEX te representeren.

Bij de prediktie van de hulpzoekrichting blijken de demografische factoren beter in staat om de gedragsverschillen te lokaliseren, maar ook hier blijft de door hen verklaarde variantie beduidend achter bij die welke op basis van de afzonderlijke demografische variabelen mogelijk is. De mate waarin het gebruik van de diverse typen hulpbronnen geprediceerd kan worden, verschilt alnaargelang de hulpzoekrichting. Bovendien bleek het belangrijk een onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen, omdat nogal wat verbanden, qua hoogte of richting, verschillen tussen beide sexen.

De verschillen in het gebruik van het informele circuit 'familie, vrienden en collega's' laat zich sociaal-demografisch het beste lokaliseren ($MR^2 = 21.9\%$). Binnen de categorie vrouwen is dit zelfs 42.5%. Meer in het algemeen zijn bij vrouwen de verschillen in het gebruik van informele hulp veel sterker aan demografische kenmerken gebonden dan verschillen in het gebruik van professionele hulp. Op basis van de redundantie-analyse is de gemiddelde verklaarde variantie respectievelijk 18.5% en 6.1%. Bij mannen ligt dit precies andersom, nl. 11.2% en 18.3%.

Deze redundantie-analyse, waarin we meerdere indicatoren voor de hulpzoekrichting hebben opgenomen (gedragsgewoonten, houdingen en normen), bevestigt over het algemeen de conclusie die we hebben getrokken op basis van de bestudering van de afzonderlijke

relaties. Anderzijds zien we ook enkele afwijkingen welke toegeschreven moeten worden aan de soms afwijkende relaties van de houdingen en normen met de demografische variabelen in vergelijking tot de gerapporteerde hulpzoekgewoonten. Zo bleek dat de leeftijd een veel sterker lineair verband met de houding ten aanzien van het zoeken van informele hulp vertoont dan met de gerapporteerde gewoonten ten aanzien van ditzelfde gedrag. Anderzijds bleek de relatie tussen sexe en de oriëntatie op professionele hulp, in de redundantie-analyse geheel weg te vallen.

Het geheel overziende, konkluderen we dat zowel de mate waarin men in het algemeen geneigd is hulp te zoeken in probleemsituaties, alsook de richting van het hulpzoekgedrag duidelijk samenhangt met demografische kenmerken. We beschouwen dit als een aanwijzing voor de aanwezigheid van sociale selectie in het hulpzoekgedrag. De resultaten vormen daarmee een ondersteuning voor hypothese 5 (zie par. 6.9).

Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat we slechts in beperkte mate in staat zijn geweest verschillen in de ernst van de ervaren problemen over de afgelopen 10 jaar onder controle te houden. Het blijft in principe mogelijk dat sommige van de hier besproken verbanden mede sociaal-demografische verschillen in ernst van ervaren psychosociale problematiek weerspiegelen. We mogen echter aannemen dat van een dergelijke invloed slechts in geringe mate sprake is, omdat een aantal belangrijke relaties tussen sociaal-demografische kenmerken van de GLOBALE PROBLEEMINDEX (tabel 7.8.) afwijken van de relaties met het hulpzoekgedrag (tabel 8.19). Dit geldt in het bijzonder voor de kenmerken leeftijd, burgerlijke staat, het al dan niet ontvangen van een uitkering, de plaats waar men de dagelijkse arbeid verricht en kenmerken van het sociale netwerk. Zo is de leeftijd negatief aan de probleemindex gerelateerd en positief aan de oriëntatie op professionele hulp. Hetzelfde geldt voor het niet of wel gehuwd zijn. De plaats van de arbeidsuitoefening, de omvang van het sociale netwerk en de mate waarin men kontakten heeft met de sociale omgeving zijn over de gehele steekproef genomen niet aan de probleemindex gerelateerd, terwijl er wel duidelijke samenhangen zijn aangetoond met de oriëntatie op informele en/of professionele hulp.

8.8.7 Het hulpzoekgedrag van de risikogroepen

In hoofdstuk 7 hebben we een aantal risikogroepen geïdentificeerd. We hebben dit in eerste instantie gedaan via een korrelationeel onderzoek. Op basis van de resultaten daarvan zijn we in tweede instantie nagegaan of het risico om tot de 'probleemgroep' of tot de 'psychosociale noodgroep' te behoren in de geïdentificeerde groepen significant hoger is dan in de rest van de steekproef (tabel 7.23). In alle gevallen vonden we weliswaar een verschil, maar dit bleek niet in alle gevallen significant. Juist ten aanzien van deze risikogroepen is informatie over hun hulpzoekgedrag van extra belang. De redenen hiervoor hebben we reeds in de inleiding van paragraaf 8.8 verwoord.

In tabel 8.23 hebben we voor ieder van deze groepen aangegeven of zij op een aantal hulpzoekvariabelen een significant hogere (+) of juist een lagere (-) score hebben dan de rest van de steekproef. Op één duidelijke uitzondering na blijkt dat de risikogroepen

RISIKOGROEPEN	GLOB. HZ INDEX	INFORMELE HULP					PROFESSIONELE HULP						kans op behoren tot probleemgroep	kans op behoren tot psych. soc. noodgroep
		HOUDING HZ INFORM.	HZ ECHTGEN. INFORM. KINDEREN	HZ BUURT	HZ VRIEND FAMILIE KOLLEGA	HOUDING HZ PROF	NORM HZ PROF	HZ PROF	HZ EERSTE LIJN	HZ TWEDE LIJN	KONTAKT PSYCHSOC SOM			
1. vrouwen: 18-24 jaar	0	++	+	-	0	++	--	--	0	0	-	0	++	+
2. ongehuwde vrouwen	0	++	0	--	0	++	--	--	--	--	-	0	0	0
3. vrouwen: 0 - 1 kind	+	++	+	--	0	++	-	0	0	0	0	0	++	+
4. vrouwen: hogere SES	0	0	0	0	-	0	0	0	0	0	-	0	++	0
5. vrouwen: elders werkzaam	0	0	0	0	0	++	0	0	0	0	0	0	++	+
6. mannen : 39-49 jaar	0	0	0	0	0	0	++	++	0	0	0	+	+	0
7. mannen : lagere SES	0	0	-	0	0	-	0	0	0	0	0	0	0	+
8. weinig/geen godsdienst. binding	0	0	0	0	--	+	--	0	0	0	0	0	+	+
9. progress. pol. voorkeur	0	++	0	0	0	0	0	0	0	0	0	+	++	0
10. 18-34 jr. + weinig soc. kontakt	0	0	-	--	0	0	0	0	0	0	0	0	+	0
11. uitkering/ploegenarbeid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	++	++

Betekenis van de tekens: sterkere geneigdheid (+/++) en minder geneigdheid (-/--) tot hulpzoeken bij de risikogroep in vergelijking tot de rest van de steekproef; (0) geen verschil. Signifikantiewaarden: (+/--) t-waarde, $p < .01$; (+/-) t-waarde $< .05$.

Tabel 8.23 Risikogroepen en hun hulpzoekgedrag in vergelijking tot de rest van de steekproef.

noch qua houding, noch qua sociale normen en noch qua gedragsgewoonten sterker op professionele hulp georiënteerd zijn dan de overigen. De uitzondering vormen de mannen in de middenleeftijd. Zij vallen juist op door een sterke oriëntatie op professionele hulp. Dit geldt echter niet voor de eerstelijns hulp maar wel voor de meer gespecialiseerde vormen van professionele, psychosociale hulp.

Het overzicht in tabel 8.23 is vooral interessant omwille van de eerste en de derde groep. We hebben eerder jonge vrouwen tussen 18 - 24 jaar aangemerkt als een van de meest duidelijke risikogroepen, op grond van de ernst van de door hen ervaren problematiek en op grond van de door hen gerapporteerde symptomatologie. Hier blijkt dat er juist bij hen meer psychosociale weerstand bestaat om van professionele hulp gebruik te maken. Voor wat betreft de gedragsgewoonten kwam dit alleen tot uitdrukking in een lagere gebruiksscore voor tweedelijns hulp, en niet voor eerstelijns hulp. Hier staat tegenover dat juist de oriëntatie op informele hulp in deze groep veel sterker is dan in de rest van de steekproef. Overeenkomstig onze opvattingen met betrekking tot de criteria voor psychosociale nood (hoofdstuk 2), werpt dit een wat ander licht op de omvang van het psychosociale risico in deze groep. We vinden weliswaar meer ernstige problemen en symptomen in deze groep, maar anderzijds is er kennelijk een veel sterker netwerk van informele hulp in en rond deze groep aanwezig. Dit kan een rede zijn voor een geringe behoefte aan professionele hulp binnen deze groep. Wanneer deze informele hulp desondanks niet toereikend zou zijn en er een 'objektieve' behoefte bestaat aan professionele hulp, mogen we bij vrouwen in deze leeftijdsgroep verwachten dat zij meer belemmeringen zullen ervaren dan anderen om een beroep te doen op professionele hulp.

Nemen we de groep 'ongetrouwde vrouwen' dan zien we hier een vrijwel identiek beeld. Bij de vrouwen met geen of hooguit één kind zien we eveneens een sterke oriëntatie op informele hulp. De weerstanden ten aanzien van professionele hulpverlening vinden we hier echter niet terug. We nemen aan dat dit komt door de groep vrouwen met één kind. In verband met de prenatale en postnatale zorg voor hun kind zijn zij inmiddels met diverse hulpverleners in contact gekomen en wel rond een zeer persoonlijk en doorgaans als positief ervaren gebeurtenis. We nemen aan dat dit juist bij vrouwen de bestaande weerstand ten opzichte van professionele hulpverlening - typerend voor de jongere leeftijdsgroepen - opheft en een persoonlijke band schept met de betrokken hulpverleners. In het volgende hoofdstuk zullen we nagaan in hoeverre deze tendenzen terug te vinden zijn in het klachtgedrag bij de huisarts over het 'afgelopen jaar'.

8.9 KONKLUSIES

Hulpzoeken blijkt in de beleving van de geënquêteerden een belangrijke reaktiemogelijkheid te vormen op het ervaren van problemen. Het percentage dat in dergelijke situaties meestal geneigd is tot hulpzoeken blijkt - binnen onze steekproef - het percentage dat problemen doorgaans voor zich houdt en zelf tracht op te lossen, duidelijk te overtreffen in een verhouding van ongeveer 2:1. Onze onderzoeksresultaten ondersteunen de modellen van Gurin et al. (1960) en Philipsen (1968)

en eerdere bevindingen (Fischer en Turner, 1970; Corstjens, 1976; Jourard, 1971, 1974). Deze auteurs gaan ervan uit dat het al dan niet hulpzoeken een belangrijk psychologisch keuzemoment vormt bij de verwerking van psychosociale problematiek en dat mensen voor wat betreft hun algemene gedragsstijl verschillen in de mate waarin zij in dergelijke situaties geneigd zijn een beroep te doen op de hulp van anderen. We vatten deze gedragsstijl op als een aspect van het probleemoplossend vermogen van een persoon, nl. het vermogen om in probleemsituaties extra probleemoplossende krachten in de omgeving te mobiliseren. We beschouwen een dergelijke gedragsstijl als het resultaat van een sociaal leerproces. Dit betekent dat via preventieve interventies gedurende de opvoeding - thuis en op school - maar ook ten tijde van latere crisissituaties, het vermogen tot hulpzoeken zou kunnen worden vergroot. Hierdoor kan het totale probleemoplossende vermogen van individuen of groepen en hun sociale omgeving worden versterkt.

Informele hulp. Het onderzoek toont duidelijk aan, dat hulpzoeken en hulpverlening primair een zaak is van mensen onderling en zich dus hoofdzakelijk afspeelt binnen de natuurlijke en niet-professionele kontekst van het directe leefmilieu. Het gebruik van informele hulpbronnen stijgt - overeenkomstig de verwachting - ver uit boven het gebruik van professionele hulp. De belangrijkste informele hulpverleners zijn: de partner, familieleden en vrienden of vriendinnen. Hoewel tegenwoordig veel belangstelling bestaat voor het opzetten van zelfhulpgroepen of andere vormen van georganiseerde, informele hulp, ondersteunen de hier gevonden resultaten de opvatting van Caplan (Rommé, 1974; Caplan, 1974), dat de AGGZ-preventie ook zou moeten zoeken naar mogelijkheden om bestaande natuurlijke hulpverleningssystemen te versterken. Hoewel tegenwoordig nogal eens over 'burenhulp' wordt gesproken om daarmee in algemene zin te verwijzen naar natuurlijke ondersteuningssystemen (Veltman, 1977; Roebroeks, 1979), is deze term zeker niet op zijn plaats waar het binnen deze dorpsgemeenschap gaat om informele hulp bij problemen van meer persoonlijke aard. In dergelijke situaties wordt relatief weinig beroep gedaan op de hulp van burens. Bovendien vinden we in deze dorpsbevolking - gemiddeld genomen - een negatieve houding en een afwijzende normering van dit type hulpzoekgedrag. Hetzelfde geldt overigens in nog sterkere mate voor het gebruik van psychofarmaka.

Voorts bleek men vaker door anderen te worden benaderd met de vraag om hulp of steun te verlenen, naarmate men zelf ook vaker een beroep op anderen doet om informele hulp te verkrijgen (en vice versa). Dit resultaat ondersteunt hypothese 3 en is in overeenstemming met Jourard's bevindingen omtrent de wederkerigheid van het verschijnsel 'self-disclosure'. Uit deze wederkerigheid en haar verankering in sociale netwerken, blijkt dat het hulpzoeken niet alleen gezien moet worden als een individueel gedrag in een specifieke probleemsituatie, maar tevens als een kenmerk van een sociaal systeem en daardoor ook als een meer duurzaam kenmerk.

Tussen het gebruik van de diverse hulpbronnen blijken uiteenlopende verbanden te bestaan (figuur 8.4). Op grond hiervan kunnen we in de informele sektor drie ondersteuningscircuits onderscheiden, nl. 'familie, vrienden en kollega's' en 'burens en buurtgenoten'. Ook tussen het gebruik van de resterende hulpbronnen 'partner en eigen kinderen' bestaat een onderling verband.

De volgorde van het hulpzoeken. Wordt er eenmaal hulp gezocht dan doet bijna 90% - in de eerste vier hulpzoekreacties - eerst een beroep op informele hulpverleners en pas daarna op professionele hulp OF maakt alléén van informele hulp gebruik. Bij tweederde van de steekproef passen de door hen genoemde hulpzoekreacties in de volgorde: eerst bij gezinsleden (respektievelijk binnen de leefeenheid), in tweede instantie bij de kring van informele hulpverleners daarbuiten, in derde instantie bij eersteliinswerkers en in vierde instantie bij hulpverleners uit de tweede lijn. Dit vormt een ondersteuning van hypothese 1. Ongeveer in dezelfde volgorde neemt het gemiddelde gebruik van de diverse hulpbronnen af. Wanneer mensen een beroep doen op de hulp van de AGGZ dan betekent dit dat zij vaak reeds een lange 'hulpzoekkarrière' achter de rug hebben. Voor AGGZ-hulpverleners betekent dit dat zij op twee verschillende wijzen op de aangemelde problematiek in kunnen gaan. Ten eerste- zoals meestal gebeurt - kan de hulp direkt op de problematiek van de cliënt gericht worden. Ten tweede kan vanuit de tweede lijn ook de hulp, die in een eerder stadium geboden is en kennelijk ontoereikend was, als focus voor de hulpverlening worden gekozen (zie ook par. 4.8). Een dergelijke focus biedt de AGGZ de mogelijkheid een meer preventieve invulling te geven aan haar hulpverleningstaak. Dit kan er tevens toe bijdragen dat er van de geïnvesteerde tweedelijnhulp uiteindelijk een bredere uistraling uitgaat naar de bevolking. Daar waar een dergelijke hulpverleningskarrière nagenoeg ontbroken heeft, vormt dit een signaal ofwel voor de afwezigheid van noodzakelijke ondersteuningskaders in de direkte leefomgeving, ofwel voor een onvermogen om op dergelijke hulp een beroep te doen.

Professionele hulp. Voor zover bij de verwerking van persoonlijke problemen van professionele hulp gebruik gemaakt wordt, heeft dit meer een incidenteel karakter en is als zodanig aanvullend op het veel intensievere gebruik van informele hulpbronnen.

Te midden van de professionele hulpverleners bleek de centrale positie van de huisarts het meest opvallend. Het onderzoek leverde op dit punt eenzelfde konklusie als een eerdere studie die we hebben verricht over het verwijsgedrag van eerstelijns werkers (Hirs en Hosman, 1975). Veel mensen noemden hem spontaan als een belangrijke hulpverlener bij persoonlijke problemen. Meer dan de helft van de steekproef bleek over de afgelopen 10 jaar wel eens met hem over persoonlijke moeilijkheden te hebben gesproken. Bij de houdingen en de normen kwam de centrale positie van de huisarts nog sterker naar voren. Qua ondersteuningspositie evenaart de huisarts die van een vriendin of familielid en stijgt ver uit boven de positie van andere professionele hulpverleners. Bovendien bleek het zoeken van psychosociale hulp bij de huisarts de meeste samenhang te vertonen met het gebruik van andere hulpbronnen. In veel gevallen wordt de hulp van de huisarts ingeroepen voordat een beroep op andere professionele hulpverleners wordt gedaan. De hier vermelde resultaten ondersteunen hypothese 7 over de centrale positie van de huisarts.

Tussen het gebruik van de diverse professionele hulpverleners blijken vele onderlinge samenhangen te bestaan, met name binnen de eerste lijn. Dit impliceert tevens dat mensen onderling verschillen in de mate, waarin men bij de verwerking van persoonlijke problemen geneigd is een beroep te doen op professionele hulp.

In het algemeen is ons de grote diversiteit aan hulpverlenende personen en instanties opgevallen, die worden benut bij het oplossen van ervaren problemen. Binnen dit uitge-

breide netwerk van informele en professionele hulpverleners neemt de AGGZ - althans voor deze plattelandsgemeenschap - slechts een zeer bescheiden, zo niet marginale positie in. Over een periode van 10 jaar heeft, volgens de eigen rapportage van de respondenten, ongeveer 8% contact gehad met tweedelijns hulp op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (buro's en vrijgevestigden). Van alle contacten met hulpverleningsinstanties (nog exclusief de huisarts) nemen de AGGZ-buro's slechts 3% voor hun rekening¹). Contacten met eerstelijns werkers rond persoonlijke problemen werden over deze periode echter door 61% van de steekproef gerapporteerd. Dit verschil neemt nog toe wanneer we rekening zouden houden met de frekwentie waarmee op deze hulpbronnen een beroep gedaan wordt. Voor de AGGZ betekent dit in onze opvatting dat haar bijdrage in de optimalisering van de zorg voor de geestelijke gezondheid vooral zou moeten liggen in een intensieve samenwerking met andere hulpverleningsinstanties en een ondersteuning van hun psychosociale zorgfunctie²).

Relaties tussen het gebruik van informele en professionele hulp. Over de gehele steekproef genomen vonden we een positieve samenhang tussen het gebruik van informele en professionele hulp. Wanneer men vanuit preventieve overwegingen het gebruik van informele hulp zou stimuleren, dan mag men op grond van onze resultaten niet bij voorbaat een vermindering van de behoefte aan professionele hulp verwachten. Er is bovendien een keerzijde aan dit positieve verband. Mensen die in probleemsituaties weinig van informele hulp gebruik maken, maken ook minder gebruik van professionele hulp. Juist bij hen vonden we enige aanwijzingen voor een sterkere aanwezigheid van psychosociale nood (par. 8.6). Dit resultaat past in onze veronderstelling dat de psychologische en situationele onmogelijkheden tot het verkrijgen van (informele) hulp als een risikofactor kan worden beschouwd.

Een nadere specificatie van deze relatie leidde tot een wat meer genuanceerd inzicht. De positieve relatie wordt vooral veroorzaakt door de mate waarin men binnen de informele sektor georiënteerd is op de hulp van een partner of eigen kinderen. De mate van sociale contacten buiten het gezin en de geneigdheid om hulp te zoeken binnen het circuit van 'familie, vrienden en kollega's' bleek onafhankelijk van het gebruik van professionele hulp. De oriëntatie op de meer gespecialiseerde psychosociale zorg in de tweede lijn leverde zelfs een zwak negatief verband op. Dit zou kunnen betekenen dat juist de mate waarin men kan beschikken over informele hulp BUITEN het gezin of de eigen partner, een preventieve werking heeft op de behoefte aan gespecialiseerde psychosociale hulp. Voor een nader inzicht in deze samenhangen is echter een longitudinale processtudie nodig. Hierbij zal het noodzakelijk zijn een onderscheid te maken naar de verschillende typen van informele en professionele hulp.

Sociale selectie. Voorts hebben we in ons onderzoek ondersteuning gevonden voor hypothese 5 omtrent de aanwezigheid van sociale selectieprocessen in het hulpzoekgedrag.

¹) Gezien de registratiegegevens van de AGGZ (par. 6.5.2) zijn deze konklusies vooral tekennend voor het platteland en minder voor de steden.

²) Binnen de alternatieve strategieën, die we in par. 4.8 beschreven hebben om het afstemmingsprobleem te hanteren, komt dit overeen met een pleidooi voor de derde strategie.

Dit betekent dat mensen onderling verschillen in de mate waarin zij in probleemsituaties hulpzoeken of in de richting van het hulpzoeken, op grond van sociaal-psychologische kenmerken en omstandigheden die - in principe - los staan van de ernst van de problematiek. Wie zijn er nu sterk, respectievelijk weinig georiënteerd op informele hulp, en wie sterk, respectievelijk weinig op professionele hulp?

Een **STERKE ORIENTATIE OP INFORMELE HULP** vinden we vooral bij:

- de hogere opleidingsnivo's; degenen met weinig of geen binding aan kerk of godsdienst; en degenen met een omvangrijker sociaal netwerk en meer sociale contacten;
- bij mannen bovendien: de leeftijdsgroep tussen 45 en 54 jaar, en degenen die hun dagelijks werk binnen de woongemeente verrichten;
- bij vrouwen bovendien: de jongere leeftijdsgroepen, de ongehuwden of de vrouwen met geen of een klein aantal kinderen.

Een **STERKE ORIENTATIE OP PROFESSIONELE HULP** vinden we vooral bij:

- de leeftijdsgroep tussen 45 en 64 jaar, in het bijzonder de gehuwden met kinderen in de leeftijdsgroep van 11 tot 17 jaar; degenen met een lager opleidingsnivo; en degenen die hun dagelijks werk hoofdzakelijk binnen de woongemeente verrichten,
- bij mannen bovendien: degenen met een sterkere binding aan kerk of godsdienst,
- bij vrouwen bovendien: zij die geen betaald beroep uitoefenen.

Minder gebruik van informele/professionele hulp in probleemsituaties en meer weerstand tegen het gebruik van dergelijke hulp vinden we vooral bij de categorieën die op deze kenmerken de tegenpolen vormen.

WEINIG ORIENTATIE OP INFORMELE HULP vinden we vooral bij:

- de lagere opleidingsnivo's; degenen met een sterke binding aan kerk of godsdienst; en degenen met een beperkt sociaal netwerk en weinig sociale contacten;
- bij mannen bovendien: de oudere en jongere leeftijdsgroepen, en degenen die hun dagelijks werk buiten de woongemeente verrichten,
- bij vrouwen bovendien: de oudere leeftijdsgroepen, de gehuwden; en degenen met een groot aantal kinderen.

WEINIG ORIENTATIE OP PROFESSIONELE HULP vinden we vooral bij:

- de ongehuwden, mensen die geen kinderen hebben in de leeftijd tussen 11 en 17 jaar, de jongere leeftijdsgroepen, de hoger opgeleiden, mensen met minder binding aan godsdienst of kerk en degenen die hun dagelijks werk buiten de woongemeente verrichten.

Hoewel we aanwijzingen vonden voor de invloed van sociale selectie, bleek de aard van een aantal verbanden af te wijken van hetgeen we in de literatuur hebben aangetroffen (zie par. 5.2). Zo vonden we een duidelijke samenhang met het al of niet gehuwd zijn, terwijl dit in de literatuur niet het geval bleek. Melden veel (oudere) studies een minder sterke geneigtheid tot het zoeken van professionele hulp in de lagere SES-groepen, in ons onderzoek bleek qua opleiding het tegendeel. Wel vonden ook wij hier een geringere oriëntatie op informele hulp.

Het gebruik van AGGZ-buro's bleek dusdanig gering dat het niet mogelijk was om specifiek ten aanzien van dit hulpzoekgedrag conclusies te trekken over de invloed van sociale selectie. Aangezien de meeste aanmeldingen hier afkomstig zijn uit de eerste

lijn, zal de sociale selectie binnen de eerste lijn ook kunnen doorwerken in de tweedelijnsaanmeldingen.

We hebben onderzocht of de risikogroepen zich onderscheiden door een sterke of zwakke oriëntatie op informele, respectievelijk professionele hulp. Bij jongere vrouwen en vrouwen met geen of één kind constateerden we een sterkere oriëntatie op informele hulp dan in de rest van de steekproef. Dit komt overigens geheel voor rekening van hun intensiever gebruik van het circuit 'familie, vrienden en kollega's'. Dit betekent dat bij deze risikogroepen de behoefte aan professionele hulp mogelijk minder groot is dan we eerder op grond van de aanwezige problematiek hebben verondersteld. Alleen bij de jongere vrouwen vonden we een grotere afstand ten opzichte van professionele hulpverlening. De risikogroep van mannen in de middenleeftijd viel juist op door een sterkere gerichtheid op professionele hulp.

Tenslotte moeten we bij dit hoofdstuk de kanttekening maken dat de resultaten met betrekking tot de eerste lijn waarschijnlijk mede bepaald zijn door de individuele karakteristieken van de lokale hulpverleners. Zo kan de plaatselijke huisarts gekarakteriseerd worden als een 'psychosociaal' ingestelde huisarts, die zich ook qua leeftijd gemakkelijk in zowel de jongere als de wat oudere bevolkingsgroepen kan inleven. De lokale wijkverpleegkundige was reeds lang in het dorp werkzaam en behoorde zelf tot de oudere leeftijdsgroep. Dit kan mede de oorzaak zijn geweest dat zij juist voor ouderen het meest toegankelijk blijkt. Bovendien kan dit verklaren waarom er een verband bestaat tussen het hulpzoeken bij de wijkverpleegkundige en bij de pastor.

9 psychosociale problemen in de bevolking en de presentatie van psychosociale klachten in de huisartspraktijk

9.1 INLEIDING

Via het bevolkingsonderzoek is duidelijk geworden dat de huisarts in deze plattelands-gemeenschap een centrale positie inneemt in de professionele opvang van psychosociale problematiek. Bij hem komen de meeste vragen om psychosociale hulp terecht en hij vormt tevens een belangrijke schakel naar andere hulpverleningsinstanties. In verhouding tot de huisarts komt de AGGZ slechts met een zeer beperkt deel van de psychosociale problematiek, die in de professionele hulpverlening zichtbaar wordt, in aanraking. Deze resultaten bevestigen de konklusies omtrent de centrale positie van de huisarts welke wij hebben getrokken uit een eerdere studie onder eerstelijnswerkers van een plattelandsgeregio (zie par. 6.1).

Werd de huisarts in het verleden nog hoofdzakelijk geïdentificeerd met de somatische gezondheidszorg, in toenemende mate erkent men dat hij of zij tevens een essentieel onderdeel vormt van het hulpverleningscircuit voor de geestelijke gezondheidszorg (Commissie van Londen, 1978). Dat de huisarts daartoe in een sleutelpositie verkeert, wordt nog eens extra onderstreept door het feit dat hij of zij als enige hulpverlener jaarlijks met 70 à 80% van de bevolking contact heeft. Zowel in de AGGZ als in de intramurale GGZ bestaat dan ook al langer de behoefte aan een goede relatie met de huisartsen in het zorggebied. In de hier onderzochte regio is reeds een ruim aantal jaren aan deze relatievorming aandacht besteed. Oorspronkelijk stond daarbij vooral de verbetering van het verwijzen centraal. Thans wordt de huisarts in de AGGZ niet alleen meer als 'toevoerkanaal' gezien. Men erkent het belang van de unieke bijdrage die de huisarts en ook andere eerstelijnswerkers (kunnen) geven aan de opvang van psychoso-

ciale nood in de bevolking.

Daarmee vormt de huisarts tevens een partner, met wie een konsultatieve relatie kan worden opgebouwd ter ondersteuning van diens psychosociale hulpverlening, en met wie gezamenlijke initiatieven kunnen worden genomen om preventieve activiteiten te ontwikkelen ten behoeve van risikogroepen. Samenwerking is echter ook nodig op het terrein van de signalering. Dit vormt zelfs een voorwaarde om gezamenlijk op een systematische en doelgerichte wijze aan preventie te kunnen werken. Het regionaliseringsproces, zoals we dat in hoofdstuk 1 en 2 hebben beschreven, kent aan de verschillende instellingen en hulpverleners een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid toe voor de kwaliteit van de zorg binnen de regio. Wil de AGGZ - zo hebben we betoogd - aan deze regionalisering gestalte kunnen geven, dan zal zij meer inzicht moeten krijgen in de psychosociale nood en de aanwezige behoeften aan professionele hulp zoals deze IN DE BEVOLKING aanwezig zijn. Registratie-analyse over de eigen AGGZ-kliënten is daarvoor onvoldoende. Aanvulling is nodig met een systeem van 'externe signalering' (Hosman, 1980). Gezien hetgeen wij eerder gezegd hebben over de centrale positie van de huisarts, ligt het voor de hand om de signaleringsfocus met name op zijn of haar praktijk te richten.

Ondanks de konsultatieve relaties die er reeds op vele plaatsen in ons land bestaan tussen AGGZ-hulpverleners en huisartsen, heeft men in onze ervaring binnen de AGGZ over het algemeen nog weinig inzicht in het geheel aan psychosociale problemen dat zich in de huisartspraktijk aandient en in de sociale lokalisering van deze hulpvraag.

Een belangrijk doel van dit hoofdstuk is dan ook te verkennen wat epidemiologies onderzoek in de huisartspraktijk op basis van registratiegegevens kan opleveren ten behoeve van de signalering. In hoofdstuk 4 en 5 hebben we aan de hand van de literatuur beschreven, dat zich echter ook in de huisartspraktijk een 'top van de ijsbergfenomeen' voordoet. Dit geldt voor somatische stoornissen, maar nog sterker voor stoornissen van overwegend psychosociale aard. Het zal duidelijk zijn, dat de waarde van deze registratiegegevens ten behoeve van de signalering afhankelijk is van de aard en de omvang van het ijsberg-fenomeen in de huisartspraktijk. We zullen ons bij de analyse in dit hoofdstuk dan ook toespitsen op de volgende vragen:

1. Welk aandeel vormen de psychosociale klachten in het totaal aan geregistreeerde klachten in de huisartspraktijk? Welk deel van deze psychosociale klachten wordt gepresenteerd in de vorm van een rechtstreekse psychosociale hulpvraag en welk deel in de vorm van psychosomatische klachten?
2. Wat is de samenhang tussen de aanwezigheid, aard en ernst van psychosociale problemen in de bevolking en de mate waarin gebruik gemaakt wordt van de hulp van de huisarts? Zijn de risikogroepen in de bevolking ook in de huisartspraktijk terug te vinden?
3. In hoeverre is het presenteren van psychosociale klachten aan de huisarts gerelateerd aan de presentatie van strikt somatische klachten?
4. In hoeverre is er bij het presenteren van psychosociale klachten aan de huisarts sprake van sociale selectie? Met andere woorden, in hoeverre hangt dit gedrag samen met demografische kenmerken en met sociaal-psychologische factoren als houdingen, gedragsgewoonten, sociale normen en de beschikbaarheid van diverse hulpbronnen?

De opzet van het registratie-onderzoek, alsmede de betekenis van begrippen als 'psychosociale klachten' en 'psychosomatische klachten' hebben we reeds in par. 6.8 toege- licht. We onderstrepen hier nog eens dat het bij deze kwalifikaties gaat om beoorde- lingen door de huisarts.

In het vorige hoofdstuk hebben we ons reeds een globaal idee gevormd omtrent de aanwezigheid van sociale selectieprocessen in het hulpzoeken. Een handicap vormde de beperkte mate waarin we in staat waren verschillen in de ernst van de psychosociale problematiek over een periode van 10 jaar onder controle te houden. In dit hoofdstuk zijn we daartoe beter in staat, omdat we ons hier beperken tot de periode van het 'laatste jaar'. Dat geldt zowel voor de probleemindikatoren als voor het klachtgedrag in de huisartspraktijk. Bovendien kunnen we ons, gegeven de systematische registratie, baseren op 'hardere' gegevens omtrent dit hulpzoekgedrag dan alleen op basis van retro- spektieve zelfrapportages mogelijk zou zijn.

Desondanks blijft de moeilijkheid bestaan dat deze studie als geheel retrospectief van aard is. De onderzochte houdingen, normen, gedragsgewoonten kunnen in principe ook het gevolg zijn van de ervaringen met het hulpzoekgedrag gedurende dit jaar, en moge- lijk geen enkele rol gespeeld hebben bij de totstandkoming van het geregistreerde hulp- zoekgedrag. De resultaten van een tweetal studies laten zien dat dit waarschijnlijk geen al te groot probleem vormt. Zo vonden Tessler et al. (1976) bij universiteitsstu- denten eenzelfde verband tussen de probleemscores en de hulpvraag in de huisartsprak- tijk over het voorafgaande jaar (retrospektief) als over het daaropvolgende jaar (pro- spektief). Met betrekking tot de relatie tussen houdingen en het huisartsbezoek kwam Leavitt (1979) tot eenzelfde konklusie. Dit is ook begrijpelijk omdat dergelijke re- laties meestal niet gebaseerd zijn op een eenmalig kontakt. Houdingen, normen en ge- dragsgewoonten hebben zich over een lange periode van kontakten met de huisarts ont- wikkeld en zullen daardoor als sociaal-psychologische faktor een zekere stabiliteit ver- tonen.

Daarnaast hebben ook een aantal demografische kenmerken een vrij stabiel karakter zoals sexe, opleidingsnivo, aard van het beroep, burgerlijke staat en het geboortjaar. Ook in deze gevallen vormt de retrospectieve meting geen probleem.

9.2 ENKELE ALGEMENE MORBIDITEITSGEGEVENS UIT DE HUISARTSPRAKTIJK

De prevalentie van gepresenteerde aandoeningen. De 246 personen waarover uiteindelijk registratiegegevens beschikbaar waren, hebben in één jaar 595 aandoeningen bij hun huisartsen gepresenteerd. Het aantal klachten bedroeg 878. Wanneer we de aandoeningen omrekenen in prevalenties per 1000 volwassen patiënten per jaar dan bedraagt dit mor- biditeitscijfer 2419. Tellen we alle patiënten die vier of meer aandoeningen gepresen- teerd hebben bij elkaar, dan blijkt een kwart (26%) van de steekproef verantwoordelijk te zijn voor 60% van de gepresenteerde aandoeningen.

We kunnen dit resultaat vergelijken met de uitkomsten van de Continue Morbiditeits-

registratie (C.M.R.) van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut (N.U.H.I.). Over 1976 geeft het N.U.H.I. een morbiditeitscijfer van 2648 aandoeningen per 1000 patiënten, berekend als een gemiddelde over 4 huisartspraktijken¹⁾.

Dit N.U.H.I.-cijfer is berekend over patiënten van alle leeftijden, terwijl wij ons in ons onderzoek beperkt hebben tot de volwassen bevolking. Aangezien personen van 18 jaar en ouder gemiddeld meer aandoeningen bij de huisarts presenteren dan jeugdigen, zou dit morbiditeitscijfer in ons onderzoek dus hoger uit moeten komen. Het tegenovergestelde is het geval. We konkluderen dat het aantal gepresenteerde aandoeningen in onze steekproef duidelijk lager ligt dan verwacht zou kunnen worden op basis van de N.U.H.I.-gegevens.

Hiervoor zijn meerdere verklaringen mogelijk. Het kan zijn dat het feitelijk aantal aandoeningen onder de bevolking van deze dorpsgemeenschap gemiddeld lager is dan in de gemiddelde huisartspraktijk. In hoofdstuk 7 hebben we voor deze interpretatie enige aanwijzingen gevonden afgaande op de gevonden VOG-cijfers. Het is niet geheel duidelijk in hoeverre het verschil tussen stad en platteland hierbij een rol speelt. Volgens Oliemans (1969) vinden we in de kleine steden relatief het laagste aantal consulten. Het platteland neemt een middenpositie in ten opzichte van de kleine en grote steden. Het Sociaal Cultureel Rapport (1980) rapporteert echter geen verschil tussen stad en platteland voor wat betreft het aantal contacten met de huisarts. Verder zou ook de bereidheid om aandoeningen aan de huisarts te presenteren geringer kunnen zijn. Gezien de bevindingen in het vorige hoofdstuk omtrent de centrale positie van de huisarts lijkt dit echter minder waarschijnlijk. Tenslotte is het mogelijk dat de wijze van registratie door de huisartsen een rol speelt. We achten dit een aannemelijke verklaring omdat een registratie via de E-lijst vermoedelijk tot een specifiekere diagnose aanleiding geeft. Twee globaal verwante ziekteverschijnselen, zouden bij een globaal oordeel als één aandoening kunnen worden beschouwd, maar bij een specifiekere, geprecodeerde registratie als twee afzonderlijke aandoeningen.

Aantal contacten tussen patiënt en huisarts. In de loop van één jaar blijkt 77% van de bevolking van 18 jaar en ouder contact met de huisarts te hebben gehad. Dit komt overeen met de percentages die ook in andere studies werden gevonden (Lamberts, 1974; Oliemans en Van de Ven, 1975; Verhaak, 1981). Het aantal contacten dat men met de huisarts heeft gehad loopt binnen de steekproef nogal uiteen. 23% heeft geen contact gehad, 15% éénmaal, 21% tweemaal, 17% drie à viermaal en 24% zelfs vijfmaal of meer. Gemiddeld komen de ingeschreven patiënten 3x per jaar bij hun huisarts. Dit gemiddelde is bijna 4x wanneer we ons beperken tot degenen die gedurende dat jaar ook daadwerkelijk contact met hun huisarts hebben gehad ('contact-patiënten').

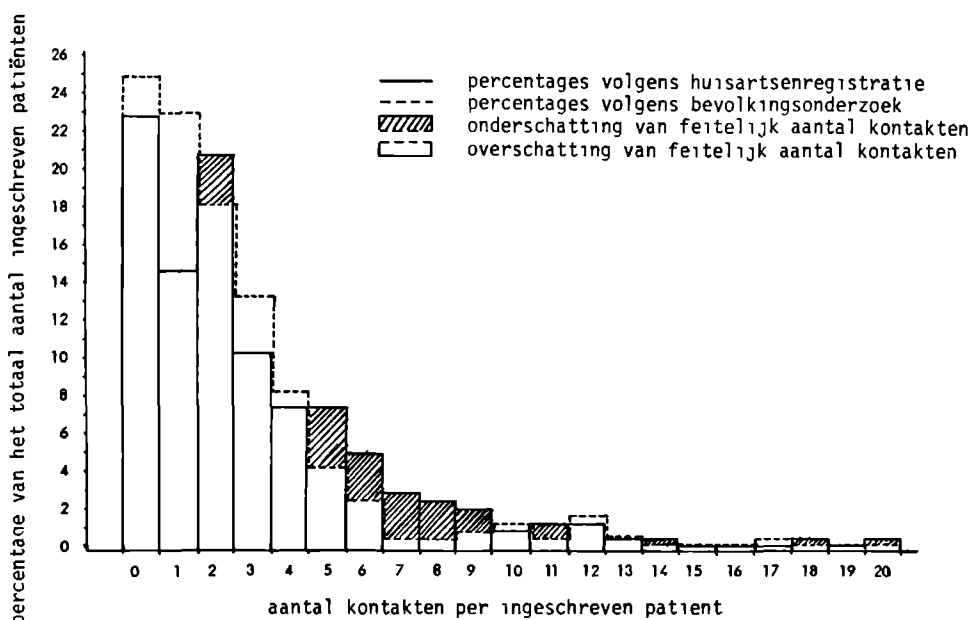
Het aantal contacten volgens de registratie en de schatting van de lokale sleutelfiguren.

In de enquête onder de sleutelfiguren hebben we gevraagd welk percentage van de bevolking - naar hun schatting - in de loop van een jaar contact heeft met de huisarts

¹⁾ We hebben dit gegeven ontleend aan A. Vermeer "De houding tussen de prevalentie van aan de huisarts gepresenteerde en onder de bevolking ervaren psychosomatische morbiditeit". Verslag van de wetenschappelijke stage voor het postdoctoraal programma medicijnen. Nijmegen, N.U.H.I., 1978.

en om hoeveel contacten het daarbij gemiddeld gaat. De sleutelfiguren schatten het percentage gemiddeld op 63%, met een antwoordspreiding van 40 tot 85%. Door tweederde van de sleutelfiguren wordt de mate waarin de huisarts contact heeft met de bevolking onderschat, hun schattingen varieerden van 40 tot 60%. Het gemiddelde aantal contacten, dat de spreekuur-patiënten in de loop van een jaar met de huisarts hebben, wordt gemiddeld op 4 contacten geschat. Dit is in overeenstemming met de bevinding uit het registratie-onderzoek.

Het aantal contacten volgens de registratie en volgens de rapportage van de respondent. Indien men in een interview aan mensen de vraag voorlegt, hoe vaak zij in het afgelopen jaar contact met hun huisarts hebben gehad en men vergelijkt deze cijfers - zoals wij hebben gedaan - met de door de huisarts geregistreerde contacten (figuur 9.1) dan kunnen we het volgende konkluderen



Figuur 9.1 Het aantal contacten met de huisarts gedurende 1 jaar volgens de huisartsenregistratie en volgens de bevolkingsenquête (n=246).

- Men heeft de neiging om minder contacten op te geven dan er in werkelijkheid (volgens de huisartsregistratie) zijn geweest. In het totaal gaf men 603 bezoeken of huisbezoeken op, terwijl de huisarts er 743 registreerde. Het bevolkingsonderzoek leverde dus een onderwaardering op van 19%.
- Vooral de 'grootgebruikers' (meer dan 4 contacten) zijn voor deze onderschatting verantwoordelijk.

We konkluderen dat registratiegegevens zelfs voor een eenvoudig gegeven als het aantal contacten prevaleren boven zelfrapportages van geïnterviewden in een bevolkingsonderzoek.

Met welke demografische groepen heeft de huisarts relatief frekwenter contact? Sexe, sociaal-ekonomiese status, burgerlijke staat en het ontvangen van een uitkering bleken nagenoeg de enige variabelen, welke samenhangen met de frekwentie van het huisartsbezoek binnen deze dorpsgemeenschap. De huisarts heeft frekwenter contact met vrouwen dan met mannen ($r=.31$; $p<.001$). De huisarts konstateert bij hen ook meer aandoeningen ($r=.32$). Voorts heeft hij ook een frekwenter contact met mensen uit de lagere SES-groepen. We vonden dit negatieve verband zowel voor het opleidings- en beroepsnivo, alsook voor het gezinsinkomen en het geldt zowel voor mannen als voor vrouwen (gemiddelde $r=-.20$, $p<.001$). Nu zou dit gedeeltelijk een leeftijdseffekt kunnen zijn, omdat ouderen gemiddeld een wat lagere SES-positie innemen. De gevonden verbanden bleken echter eveneens aanwezig in de leeftijdsgroep tot 45 jaar. Er is dus geen sprake van een leeftijdseffekt.

Voorts vonden we voor mannen een frekwenter contact met gehuwden dan met ongehuwden ($r=.17$, $p=.03$) en met degenen die een uitkering ontvangen ($r=.38$, $p<.001$). De hier gevonden samenhangen komen overeen met resultaten welke we aantreffen in het Sociaal Cultureel Rapport 1980 (pag. 322 e.v.). Het rapport konstateert tevens bij de mensen van 55 jaar en ouder een veel hoger kontaktcijfer dan voor de jongere leeftijdsgroepen. Dit bleek in ons onderzoek niet het geval.

9.3 PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK

9.3.1 Enkele literatuurgegevens

Onderzoeken in de huisartspraktijk hebben tot uiteenlopende cijfers geleid omtrent het aandeel van de psychosociale morbiditeit. Offerhaus et al. (1978, pag. 254) vindt in een aantal epidemiologische studies prevalentieratio's voor psychische stoornissen in de huisartspraktijk variërend van 6.14 - 31.0%. Giel (1972, pag. 205), verwijzend naar een overzicht van Wijel (1971), konkludeert dat bij omstreeks 40 - 50% van de ziektegevallen psychosociale problemen een overheersende rol spelen. Van der Hoeven (1979, pag. 20) vindt in de literatuur schattingen die uiteenlopen van 10 tot 70%. Verhaak (1981) rapporteert zelfs een variatie van 0.8 tot 81.5%.

Deze diversiteit is deels terug te voeren tot verschillen in de gebruikte meeteenheden, deels tot huisarts-gebonden factoren en deels tot kenmerken van de patiëntpopulatie en hun leefsituatie. We beperken onze toelichting hierop tot het aspect 'meeteenheden'.

De psychosociale morbiditeit in de huisartspraktijk laat zich op verschillende wijzen uitdrukken. Allereerst onderscheiden we incidentiecijfers (nieuwe gevallen per tijdseenheid) van prevalentiecijfers (bestaande + nieuwe gevallen per tijdseenheid). Sommige literatuurgegevens hebben alleen betrekking op één bepaald tijdstip, andere gaan over een langere periode (bijvoorbeeld een jaar). Sommige hebben alleen betrekking op volwassenen, anderen op alle leeftijden. De prevalentiecijfers over volwassenen ko-

men vrijwel altijd hoger uit dan voor de gehele populatie. Voorts is de psychosociale morbiditeit uitgedrukt in het percentage klachten meestal groter dan het percentage aandoeningen, omdat psychosociale aandoeningen gemiddeld meer klachten opleveren dan andere aandoeningen (Oliemans, 1969). Daarnaast treffen we zowel percentages aan van patiënten met psychosociale klachten berekend over het totaal aantal geregistreerde patiënten als over alleen de patiënten waarmee de huisarts gedurende de meetperiode contact heeft gehad. Zo vonden Kessel (1960) en Shepherd et al. (1966) een psychiatrische morbiditeit van 14% berekend over de geregistreerde patiënten, tegenover 22 à 23% berekend over de zogenoemde 'kontakt-patiënten'.

Uiteraard is ook het criterium voor de aanwezigheid van een psychosociale stoornis van invloed op deze morbiditeitscijfers. In het onderzoek van Oliemans (1969) levert hoofdstuk V van de C.M.R., 'psychiatrische ziekten en andere psychische stoornissen', een prevalentiecijfer op van 8,3 per 100 geregistreerde patiënten per jaar. Wanneer Oliemans bij een herberekening (pag. 105) hieraan ook nog andere aandoeningen toevoegt, "waarvan mag worden aangenomen dat er psychosociale factoren aan ten grondslag liggen", komt hij tot een prevalentiecijfer van 25,1%. Beperkt men zich alleen tot de psychosomatische stoornissen, waarbij steeds een lichamelijke klacht aanwezig is, dan valt het prevalentiecijfer lager uit zoals bij Kuypers (1966) en Folmer (1968), respectievelijk 10 en 11%.

Ook degene die de aanwezigheid van psychosociale klachten beoordeelt heeft invloed op de hoogte van het uiteindelijke percentage. Zo vonden Goldberg en Blackwell (1970) dat wanneer een patiëntenpopulatie van een huisarts ook door een psychiater werd beoordeeld, deze een prevalentie konstateerde van psychiatrische stoornissen die 7 tot 10% hoger lag dan op basis van het oordeel van de huisarts.

We konkluderen uit dit overzicht, dat er voor de bepaling van het aandeel van de psychosociale morbiditeit in de huisartspraktijk verschillende criteria mogelijk zijn, die tot uiteenlopende konklusies aanleiding geven. Omwille van de vergelijkbaarheid met andere onderzoeken is het raadzaam om - zoals wij hieronder zullen doen - meerdere alternatieve berekeningswijzen naast elkaar te presenteren.

9.3.2 Resultaten

In tabel 9.2 hebben we de morbiditeitscijfers weergegeven op basis van de registratiegegevens van de betrokken huisartsen over onze steekproef. Alle gegevens hebben betrekking op de periode van een jaar voorafgaande aan de interviewdatum.

21% van de aandoeningen en bijna 26% van de klachten wordt door de huisartsen als overwegend 'psychosociaal' aangemerkt. Driekwart van deze klachten waren psychosomatische van aard. Van de totale patiëntenpopulatie heeft 28% in één jaar een of meerdere psychosociale klachten gepresenteerd. Dus ruim een op iedere vier volwassenen in de dorpsbevolking heeft in de loop van een jaar een of meerdere hulpverleningskontakten waarbij klachten ter sprake komen, die volgens de huisarts een overwegende psychische en/of sociale achtergrond hebben. Dat is ruim een op iedere drie 'kontakt-patiënten'.

Degenen die in de loop van een jaar minstens eenmaal een psychosociale klacht bij hun huisarts presenteren doen dit tijdens dat jaar over het algemeen vaker. Gemiddeld presenteren zij 3.3 psychosociale klachten. De huisarts heeft met deze personen dus doorgaans kennelijk een meer dan eenmalig contact. We vonden bovendien dat de klachtaandoeningratio bij psychosociale aandoeningen duidelijk hoger ligt dan bij de somatische (zie tabel 9.2).

n=247 1)	a somatics	b psycho- somatics	c direkt psycho- sociaal	b + c psycho- sociaal	a+b+c totaal
aantal ingeschreven patiënten	--	--	--	--	246
aantal 'kontakt-patiënten'	--	--	--	--	190
aantal aandoeningen	470	90	35	125	595
gemiddeld aantal aandoeningen per ingeschreven patiënt	1.91	.37	.14	.51	2.42
% van het totaal aantal aandoeningen	79.0	15.1	5.9	21.0	100.0
aantal klachten	652	173	53	226	878
gemiddeld aantal klachten per ingeschreven patiënt	2.65	.70	.22	.92	3.57
gemiddeld aantal klachten per 'kontakt-patiënt'	3.43	.91	.28	1.19	4.62
% van het totaal aantal klachten	74.3	19.7	6.0	25.7	100.0
% van de ingeschreven pat. met betreffende klachten 2)	74.0	23.6	12.4	27.7	77.2
% van de 'kontakt-patiënten' met betreffende klachten 2)	95.8	30.5	16.3	36.1	100.0
gemiddeld aantal klachten per aandoening	1.39	1.92	1.51	1.81	1.48

1) Voor de betekenis van deze omschrijvingen zie par. 6.8.2.

2) De kolommen a en b+c bedragen tezamen meer dan 100%, omdat patiënten met somatische én psychosociale klachten onder beide kolommen kunnen vervallen.

Tabel 9.2 Morbiditeitsgegevens uit de huisartspraktijken naar de aard van aandoeningen en klachten.

De bevinding dat ruim één op de vier volwassenen in één jaar klachten van psychosociale aard bij de huisarts heeft gepresenteerd, steekt in kwantitatieve zin sterk af tegen de psychosociale hulpvraag welke bij AGGZ-buro's wordt aangemeld. Afgaande op de gegevens in tabel 6.2 (hoofdstuk 6) over de behandelingsincidentie in 1978 schatten we het aantal aangemelde klachtersystemen bij de AGGZ, afkomstig uit de onderzochte dorpsgemeenschap, op 4.5 per 1000 inwoners. Voor datzelfde jaar bleken per klachtersysteem gemiddeld 1.8 personen met de AGGZ kontakt te hebben gehad. Dit komt dus neer op een behandelingsincidentie van 8.1 personen per 1000 inwoners. In verhouding tot de huis-

arts hebben de AGGZ-buro's dus slechts kontakt met 3% van het aantal mensen met psychosociale problemen, waarmee de huisarts in de loop van een jaar kontakt heeft. Hoewel we er natuurlijk vanuit moeten gaan dat het bij de klienten van de AGGZ gemiddeld om veel ernstiger problemen gaat dan bij de huisarts, blijkt hier in ieder geval duidelijk uit dat de AGGZ in een plattelandsgemeenschap, zoals deze, slechts met een fractie van de psychosociale problematiek kontakt heeft, waarmee de huisarts wordt gekonfronteerd.

9 3 3 Verwijsgedrag en het voorschrijven van psychofarmaka door de huisarts

Van al degenen die in de loop van een jaar een of meerdere kontakten gehad hebben met hun huisarts, werd één op de vijf patiënten (21%) minstens éénmaal naar een andere hulpverlener of specialist verwezen. Oliemans (1969) vond eveneens 20%. Aangezien veel patiënten in een jaar meerdere aandoeningen bij hun huisarts presenteren is het verwijzingspercentage op het aantal aandoeningen uiteraard veel lager, nl. 8%. Ditzelfde percentage rapporteert het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut per "normatieve" praktijk (N.U.H.I., 1974).

In de door ons onderzochte steekproef kwamen slechts 2 verwijzingen voor naar hulpverleners op psychosociaal terrein. Bij de somatische aandoeningen ligt dit verwijzingspercentage op 10%. De verwijzingen door de huisartsen hebben dus hoofdzakelijk betrekking op somatische aandoeningen en nauwelijks op aandoeningen met een psychosociale achtergrond. Voor de huisarts fungeert de AGGZ kennelijk slechts in zeer beperkte mate als 'afvoerkanaal' voor ernstige psychosociale problematiek¹⁾. Zij zijn kennelijk geneigd om bij dergelijke problematiek hoofdzakelijk zelf hulp te bieden. Zeker voor wat betreft de lokaal gevestigde huisarts komt dit naar onze indruk voort uit een duidelijke belangstelling voor de psychosociale aspecten van zijn werk.

Binnen de onderzochte groep patiënten werd door de huisartsen gedurende dat jaar in het totaal 37 maal een psychofarmakon voorgeschreven. Dit betrof 6.9% van de patiënten. Op de psychosomatische klachten volgde in 21% van de gevallen een psychofarmaceutische behandeling. Bij de helft van deze patiënten vond een dergelijke behandeling slechts één keer per jaar plaats, bij een derde 2 à 3 maal.

¹⁾ Relatief ten opzichte van andere eerstelijns werkers vormen de huisartsen desondanks het belangrijkste 'toevoerkanaal' naar de AGGZ (zie par. 6.3.1).

9.4 RELATIE MET PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK IN DE BEVOLKING

9.4.1 De lineaire variant

We starten zoals elders in de literatuur gebruikelijk is met de vooronderstelling dat het verwachte verband tussen de ernst van de problematiek en het aantal klachten in de huisartspraktijk rechtlijnig is. De lineaire korrelaties in tabel 9.3 laten zien dat er inderdaad een positief significant verband bestaat tussen de aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek enerzijds en het aantal psychosociale klachten anderzijds. Hoe meer problemen of hoe ernstiger de problemen, hoe frequenter de presentatie van klachten aan de huisarts, welke door deze worden beoordeeld als overwegend psychosociaal van aard. Uit de hiërarchische multiple regressie-analyse konkluderen we dat de probleemindikatoren gezamenlijk 16.1% verklaren van de individuele verschillen in dit type klachtgedrag, respectievelijk van de door de huisarts beoordeelde en geregistreeerde verschillen.

Van de gebruikte probleemindikatoren is de VOG veruit de belangrijkste prediktor. Vooral een hoge VOG-skore is dus indicatief voor de presentatie van psychosociale klachten aan de huisarts, in het bijzonder van klachten die de huisarts als psychosomatie kwalificeert. Mensen met psychosociale problemen richten zich kennelijk vooral dan tot hun huisarts wanneer er - subjectief gezien - een mediese aanleiding is, dus wanneer psychosociale problemen samengaan met lichamelijk onwelbevinden. Veel mensen hebben kennelijk nog steeds een medies entree nodig, alvorens er een gesprek kan ontstaan met hun huisarts over hun persoonlijke problemen.

Naast de VOG levert de hinder die men in het dagelijks leven van de problemen ondervindt, de belangrijkste prediktie in het klachtgedrag. Deze hinder verwijst naar een aantal negatieve konsekventies van de ervaren problematiek. Binnen de terminologie van het Health Belief Model (HBM) vormt de mate van ervaren hinder een indicatie voor de subjectieve ernst en vervult tevens een 'trigger'-functie ten aanzien van het hulpzoekgedrag (Becker, 1979).

Hoewel de VOG en de BIOPRO-HINDER onderling gerelateerd zijn ($r=.33$), leveren zij beide een eigen onafhankelijke bijdrage in de multiple regressie van het aantal psychosociale klachten in de huisartspraktijk. De Delftse Vragenlijst en de ALG-PROB-LAATSTE JAAR zijn wel aan het klachtgedrag gerelateerd, maar voegen aan de beide hiervoor genoemde indicatoren binnen de multiple regressie geen significante verklaringswaarde toe.

Opvallend is dat de problematiek - zoals retrospectief gemeten via de BIOPRO - geen samenhang vertoont met het klachtgedrag in de huisartspraktijk over 'het afgelopen jaar'. De ervaring van diverse levensproblemen, alsmede de subjectieve ernst van deze problemen vormt dus geen indicatie voor een groter aantal psychosociale klachten in

PROBLEEMINDIKATOREN	KLACHTEN BIJ DE HUISARTS											
	mannen + vrouwen (n=247)				mannen (n=132)				vrouwen (n=115)			
	a direkt psychsoc klachten	b psycho- somat. klachten	a + b ps.soc.+ ps.som. klachten	c soma- tiese klach.	a direkt psychsoc klachten	b psycho- somat. klachten	a + b ps.soc.+ ps.som. klachten	c soma- tiese klach.	a direkt psychsoc klachten	b psycho- somat. klachten	a + b ps.soc.+ ps.som. klachten	c soma- tiese klach.
VOEG	.26	.32	.36	.26	.28	.19	.29	.41	.24	.39	.39	.
Delftse Vragenlijst	.20	(.14)	.19	(.11)	.23	.	.	.	.	.22	.22	.
+ ALG-PROB-Laatste jaar	.19	(.10)	.15	(.15)	.18	.	.	.	.21	(.19)	.22	.
BIOPRO	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
BIOPRO-RELATIONEEL	.	.	.	.	.	.	.	-.22	.	.	.	.
BIOPRO-STRUKTUREEL	.	.	.	-.14	.	.	.	-.16	.	.	.	.
+ BIOPRO-HINDER	.17	.22	.25	.15	.16	(.15)	.20	.	.18	.22	.24	.
GLOBALE PROBLEEMINDIKATOR	.22	.20	.25	(.14)	.23	.	.17	.	.23	.26	.28	.
multiple r	.29	.37	.41	.26	.32	.19	.29	.41	.24	.38	.39	.
% verklaarde variantie (MR ²)	7.4	12.7	16.1	6.2	8.9	3.0	7.8	16.1	4.7	13.8	14.3	-
TRANSFORMATIE IN DICHOTOME PROBLEEM-INDIKATOREN												
+ VOEG-split 1	.14	.25	.26	.16	.12	.22	.22	.30	.16	.26	.27	.
+ VOEG-split 2	.35	.35	.42	.23	.43	.23	.41	.29	.25	.43	.44	.19
VOEG-split 1 + 2	.35	.40	.46	.23	.43	.29	.41	.38	.27	.47	.47	.19
+ DV-split 1	.11	.13	.15	.	.	.	.	.	.	.18	.19	.17
+ DV-split 2	.19	.15	.20	.	.30	.	.14	.	.	.21	.20	.
DV-split 1 + 2	.19	.19	.24	.	.30	.	.14	.	.	.26	.25	.17
+ GLOB.PROB.INDEX-split 1	.17	.17	.21	.12	.18	.	.	.	.17	.22	.23	.
+ GLOB.PROB.INDEX-split 2	.14	.28	.28	.	.	.	.	.	.29	.33	.36	.
GLOB.PROB INDEX-split 1 + 2	.17	.31	.31	.13	.	.	.	.	.29	.33	.36	.
+ BIOPRO-split 1	.	.17	.18	.	.	.	.14	.	.	.20	.21	.
multiple r op basis van + variabelen	.37	.42	.46	.23	.50	.29	.41	.38	.29	.47	.47	.19
% verklaarde variantie (MR ²)	13.2	16.6	20.4	5.0	24.3	7.0	16.1	13.0	7.8	20.6	21.1	2.7

Tabel 9.3 Relaties (r) tussen probleemindikatoren en klachtgedrag in de huisartspraktijk over de periode van een jaar
(toeliching: zie tabel 7.8).

de huisartspraktijk. Dit geldt evenmin wanneer we deze samenhang apart bezien voor de groep relationele problematiek, respectievelijk voor de problemen die een meer structureel karakter hebben. Zoals we hiervoor hebben gezien speelt wel de hinder die men van deze problemen ondervindt een rol bij het onderzochte klachtgedrag.

Om een specifiekere inzicht te krijgen in de relatie tussen de BIOPRO en het klachtgedrag hebben we ook de samenhang met de afzonderlijke levensgebieden van de BIOPRO onderzocht. Hieruit bleek dat alleen de items over gezondheidsproblematiek en over problemen met de kinderen significant gerelateerd waren aan het aantal psychosociale klachten in de huisartspraktijk (respectievelijk $\tau = 30$, $p < .001$; $\tau = 25$, $p < .002$). Het laatst genoemde verband geldt alleen voor vrouwen en niet voor mannen. Voor de overige gebieden kunnen we dus stellen dat de ervaring van meer of minder ernstige problemen niet gepaard gaat met een grotere kans op psychosociale klachten bij de huisarts. We konkluderen dat problemen waarschijnlijk pas leiden tot een psychosociale hulpvraag bij de huisarts wanneer zij gepaard gaan met lichamelijk onwelbevinden of met de ervaring van ernstige hinder in het dagelijks functioneren. Is dit niet het geval dan blijft men het hulpzoeken waarschijnlijk beperken tot de informele sfeer. Een zekere ondersteuning voor deze veronderstelling is de bevinding dat de BIOPRO wel een duidelijk verband vertoont met de mate waarin men geneigd is om hulp te zoeken bij het informele circuit van vrienden, familieleden en collega's ($r = .25$, $p < .001$).

Bij een berekening van de verbanden voor MANNEN EN VROUWEN apart vinden we globaal gesproken hetzelfde beeld. De VOEG is de beste prediktor in beide gevallen. Hoewel ook de BIOPRO-HINDER significant aan het klachtgedrag gerelateerd is, haalt haar bijdrage in de multiple regressie net het significantienivo niet. Dit is te verklaren uit het positieve verband dat we in hoofdstuk 7 constateerden tussen sexe en de BIOPRO-HINDER.

Zeer opvallend is de sterke relatie die we bij mannen vonden tussen de VOEG en het aantal door de huisarts als 'somaties' beoordeelde klachten ($r = .41$). De relatie met de psychosomatische klachten lag daarentegen beduidend lager, nl. .19. Ter vergelijking, bij vrouwen liggen deze relaties precies andersom, nl. .09 en .38. Dit zou kunnen betekenen dat de huisarts beter in staat is om bij vrouwen de psychosociale achtergronden van lichamelijke klachten te onderkennen dan bij de mannen. Een rol daarbij zou kunnen spelen dat vrouwen wellicht minder gesloten zijn naar de huisarts voor wat betreft de psychosociale achtergronden van hun klachten dan mannen. De lokale huisarts - ackonfronteerd met de hiervoor vermelde resultaten - had zelf de indruk dat mannen hun problemen meer verhuuld presenteren dan vrouwen¹⁾.

Diverse resultaten wijzen echter ook op de rol van de huisarts zelf in deze. Zo vonden we in het bevolkingsonderzoek geen verschil tussen mannen en vrouwen in de relatie tussen de VOEG en hun eigen rapportage omtrent het bespreken van hun persoonlijke pro-

¹⁾ Voor zijn diagnostiek is hij afhankelijk van de informatie die de cliënt verstrekt. De huisarts constateert pas een 'psychosociale klacht', wanneer hij daartoe in het contact 'doorslaggevende en aanwijsbare' informatie vindt. Verschillen in openheid kunnen zich daardoor ook in de diagnostiek van de huisarts weerspiegelen, tenzij hij in staat is in het gesprek aanwezige weerstanden te doorbreken.

blemen met de huisarts. In het registratie-onderzoek vonden we geen verband tussen sexe en het aantal 'direkt-psychosociale klachten'. Bovendien blijft de partiële korrelatie tussen sexe en het aantal psychosomatische klachten significant na konstanthouding van de VEOG ($r=.16$, $p<.01$). We zijn daarom geneigd te veronderstellen dat een deel van de klachten die de huisarts bij mannen als strikt somaties beoordeelt, wel een overwegend psychosociale achtergrond hebben.

Tenslotte een enkele methodologische kanttekening. Vergelijken we de prediktiewaarden van de afzonderlijke probleemindikatoren met de multiple korrelatiecoëfficiënt. Overeenkomstig de veronderstelling achter de multiple indikatorstrategie blijkt, dat het klachtgedrag beter voorspeld wordt door meerdere probleemindikatoren gezamenlijk dan door slechts één indikator.

Anderzijds blijkt dat de GLOBALE PROBLEEMINDEX, samengesteld via faktoranalyse over ALLE probleemindikatoren, een slechtere prediktiewaarde oplevert, dan we alleen op basis van de VEOG hebben gevonden. De verklaarde varianties zijn respectievelijk 6 en 12%. Via de faktoranalytische benadering gaat dus informatie verloren. Dit is voor een deel toe te schrijven aan de aanwezigheid van de BIOPRO in deze globale index. Meer in het algemeen is dit echter verklaarbaar uit de bevinding dat problemen kennelijk alleen onder bepaalde probleemcondities tot klachten bij de huisarts leiden.

9 4 2 De kromlijnige variant

Tot dusverre zijn we steeds van de veronderstelling uitgegaan dat het hier om een rechtlijnig verband gaat. Zoals in paragraaf 5.3.3 uiteengezet is, verwachten we echter een kromlijnig verband op basis van het beschreven drempel-effekt. Simpel gesteld: professionele hulp wordt eerst dan gezocht wanneer de problemen 'de pan uit rijzen', andere probleemoplossende reacties inadekwaat blijken, de eventuele ondersteuning uit de omgeving ontoereikend is en de ervaren ernst van de problematiek stabiel blijft of zelfs toeneemt.

Voor het opsporen van kromlijnige verbanden hebben we allereerst de η^2 -coëfficiënten vergeleken met de daarmee korresponderende Pearson-korrelaties (bijlage 20). De η^2 's zijn in de meeste gevallen aanzienlijk hoger dan de Pearson-korrelaties, hetgeen op een niet-rechtlijnige samenhang duidt. De vraag is nu of het hierbij om een interpreteerbare samenhang gaat. Bij nadere inspektie blijken sommige inderdaad een kromlijnig verband in de verwachte richting te vertonen, nl. een S-vormig verband. Het meest duidelijk is dit voor de VEOG (figuur 9.4). Eerder hebben we deze reeds als de beste afzonderlijke prediktor aangewezen. De lijn van de gemiddelde klachtenfrequentie per VEOG-kategorie vertoont een tweetal knikken. We interpreteren de eerste 'knik' tussen score 1 en 2 als de overgang van de afwezigheid van psychosociale problematiek naar de aanwezigheid ervan. Score 0 en 1 op de VEOG gaan vrijwel niet gepaard met psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Het middengebied, score 2 tot 8, vertoont als geheel een hoger klachten-nivo, maar binnen dit gebied gaat een stijging van de VEOG-score niet gepaard met een toename van het aantal psychosociale klachten. Dit is echter wel het geval bij de over-

gang van het middengebied naar de kleine groep met score 9 en hoger. Er is hier een stijging te zien van gemiddeld één naar vijf klachten. We interpreteren deze tweede knik als de ernstdrempel waarover we eerder spraken.

Binnen de middengroep - de groep tussen de twee knikken (n=131) - bleek geen van de overige probleemindikatoren een significante samenhang te vertonen met het aantal psychosociale klachten. Dit onderstreept het meer algemene karakter van het gevonden kromlijinig verband. Bovendien betekent dit, dat er voor de individuele verschillen in het klachtgedrag binnen deze groep andere verklaringsbronnen zullen moeten worden gezocht.

De variantie van het aantal psychosociale klachten, die door de beide VOEG-dummies na multiple regressie wordt verklaard, is 20%. Dit betekent een toename van 8% in vergelijking tot de verklaarde variantie op basis van de oorspronkelijke, ongewijzigde VOEG. Of hier statisties gezien sprake is van een kromlijinig verband in de verwachte zin, hebben we onderzocht via de F-toets¹⁾ die Nie et al. (1975, pag. 376) hiervoor hebben geformuleerd in het kader van de door hen gepresenteerde 'dummy'-strategie (zie ook par. 6.10). De toets geeft aan in hoeverre een kromlijinig verband na een transformatie in dummies afwijkt van de oorspronkelijke lineaire relatie. In het geval van de VOEG bleek deze F-waarde significant ($F=26.33$; $p<.001$).



Zoals in figuur 9.4 te zien is vinden we ook bij de Delftse Vragenlijst een kromlijinig verband dat de verwachte S-vorm benadert. Transformatie in twee DV-dummies na een splitsing bij de scores 5-6 en 17-18 levert eveneens een significante verbetering op van de verklaarde variantie. Ook hier is de F-toets op afwijking van lineariteit significant ($F=4.76$; $p<.01$). Opvallend is hier overigens de kleine groep met de hoogste DV-scores (n=9). Van hen bleken slechts 3 personen één of meerdere psychosociale klachten bij hun huisarts te hebben geuit. Bovendien had geen van hen de afgelopen anderhalf jaar contact gehad met meer gespecialiseerde hulpverleners op psychosociaal terrein. Hier weerspiegelt zich blijkbaar - weliswaar binnen een zeer kleine groep - het 'top van de ijsberg-fenomeen'.

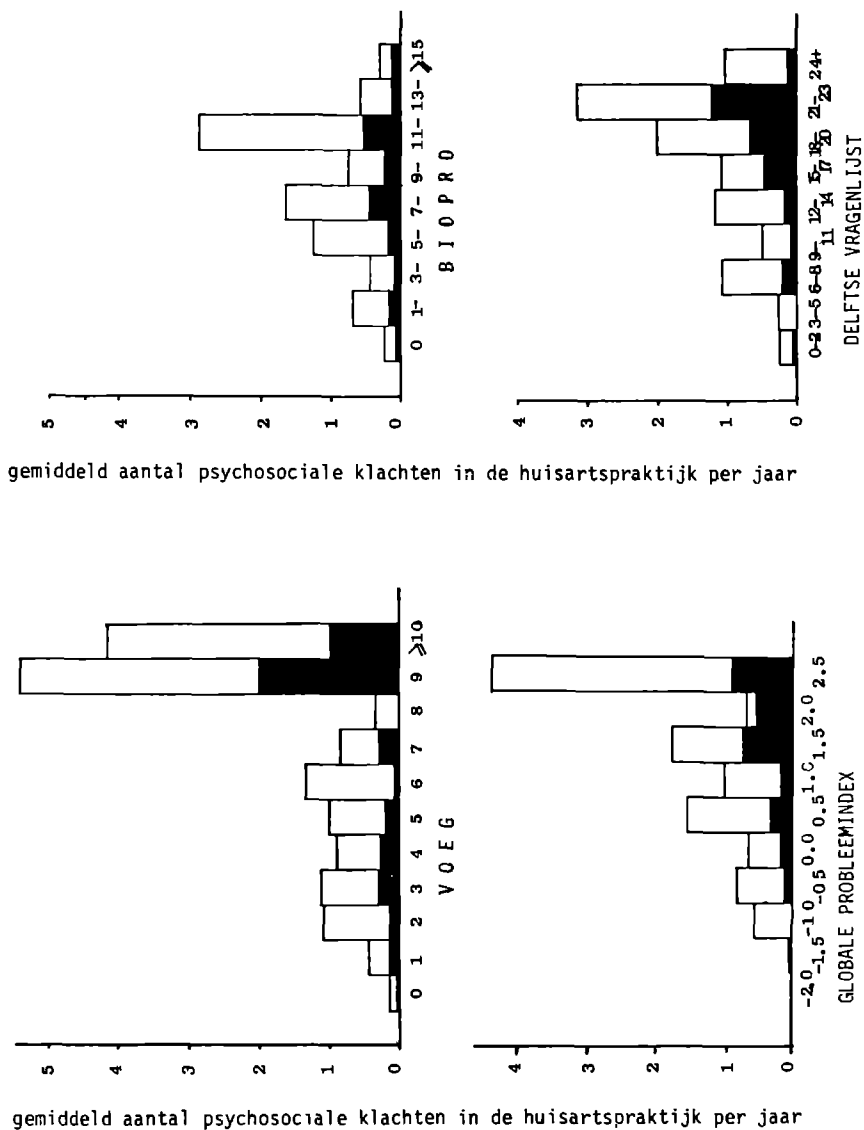
Bij de BIOPRO (figuur 9.4) zien we eveneens een kromlijinig verband, dat overigens afwijkt van dat van de VOEG met het klachtgedrag. Bij een splitsing tussen score 4 en 5 - globaal de afwezigheid, respektievelijk aanwezigheid van problematiek - vinden we een significant positief verband met de presentatie van psychosociale klachten (tabel 9.3). Een tweede splitsing levert geen resultaten in de verwachte richting op omdat de hoogskoorders op de BIOPRO juist opvallen door weinig psychosociale klachten bij hun huisarts. Zij hebben eveneens nauwelijks contact gehad met meer gespecialiseerde psychosociale hulpverleners gedurende de laatste anderhalf jaar.

De variantie in het aantal psychosociale klachten bij de huisarts, welke door de probleemindikatoren - inclusief de dummies - kan worden verklaard is ruim 20% (tabel 9.3). Dit is een duidelijke stijging ten opzichte van de verklaarde variantie op grond van de oorspronkelijke probleemindikatoren ($F=5.58$, $p<.01$). Bij mannen, respektievelijk

¹⁾ $F = \frac{(R^2 \text{ with dummy variables} - R^2 \text{ with original variable}) / (k-1)}{(1 - R^2 \text{ with dummy variables}) / (N-k-1)}$

with (k-1) and (N-k-1) degrees of Freedom, where k is the number of dummy variables.
Uit: Nie et al. 1975, pag. 376.

psychosomatische klachten  direkt-psychosociale klachten 



Figuur 9.4 Relaties tussen probleemindicatoren en de presentatie van psychosociale klachten aan de huisarts

vrouwen is dit verschil nog groter. Bovendien vinden we het zowel voor direkt-psychosociale klachten als voor psychosomatische klachten. Over de gehele steekproef genomen is de verklaarde variantie in de somatische klachten betrekkelijk laag nl. 6%. We beschouwen dit als een ondersteuning van de validiteit van de gebruikte probleemindikatoren. Ze onderstrepen het psychosociale karakter ervan.

We konkluderen dat er tussen de aanwezigheid, respektievelijk ernst van de psychosociale problematiek en de presentatie van psychosociale klachten in de huisartspraktijk een kromlijinig verband bestaat (S-vormig). We beschouwen dit resultaat als een ondersteuning van HYPOTHESE 4. De VOEG blijkt verreweg de belangrijkste prediktor van het klachtgedrag. Dit geldt zowel voor klachten van direkt-psychosociale aard als voor de psychosomatische klachten. De probleemvariabelen verklaren op zijn gunstigst niet meer dan 20% van de verschillen in het aantal psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Dat de probleemindikatoren niet meer variantie verklaren wijst op de aanwezigheid van een top van de ijsbergfenomeen. Oorzaken voor de onverklaarde variantie kunnen liggen in de eventuele invloed van sociaal-psychologische en demografische kenmerken van de potentiële patiënten op hun hulpzoekgedrag, beoordelingsfouten van de huisarts en in meetfouten van dit onderzoek. Voor de vertekening in het oordeel van de huisarts zien we enige aanwijzingen in de sterke relatie tussen de VOEG en het aantal als 'somaties' beoordeelde klachten bij mannen.

9.4.3 Klachtgedrag van probleemgroep, 'psychosociale nood'-groep en risikogroepen

Hoewel we via de korrelationele benadering reeds duidelijke aanwijzingen hebben gevonden voor de aanwezigheid van een 'top van de ijsberg'-fenomeen, resteert de vraag: Hoe groot is de zichtbare top in verhouding tot de gehele psychosociale ijsberg?

We gaan er vanuit dat de groep met psychosociale nood, die we in hoofdstuk 7 op basis van de gekozen onderzoeksstrategie hebben gedefinieerd, de psychosociale ijsberg vormt. Bij deze personen wordt een behoefte aan professionele hulp zeer waarschijnlijk geacht. Uit tabel 9.5 blijkt allereerst dat onder deze kondities de zichtbare top in de huisartspraktijk niet meer dan een derde (36%) vormt van de psychosociale ijsberg. Ten tweede blijkt echter dat van degenen die niet tot deze ijsberg worden gerekend, toch 26% een of meerdere psychosociale klachten aan de huisarts heeft gepresenteerd. Het verschil tussen beide percentages bleek niet significant.

Nu zou het kunnen zijn dat we onze criteria voor 'behoefte aan professionele hulp' te hoog hebben gesteld. Bij de 'probleemgroep', die we eveneens in hoofdstuk 7 hebben gedefinieerd, is een veel lager criterium aangehouden. In tabel 9.5 zien we echter dat de situatie hierdoor niet verbetert, alhoewel nu een groter deel van de mensen met psychosociale klachten uit de 'ijsberg' afkomstig is.

Uit tabel 9.6 blijkt dat zowel de noodgroep als de probleemgroep daarentegen wel een significant hoger gemiddelde hebben van het aantal psychosociale klachten. Uit de beide groepen komt dus geen hoger percentage personen voort met psychosociale klachten

Tabel 9.5 Verdeling van personen met psychosociale klachten over de 'psychosociale nood'-groep, de probleemgroep en de rest van de steekproef.

psychosociale klachten bij de huisarts	probleemgroep			psychosociale nood		
	-	+	totaal	-	+	totaal
geen n	118	60	178	155	23	178
%	75.6	66.7	72.4	73.8	63.9	72.4
een of meer n	38	30	68	55	13	68
%	24.4	33.3	27.6	26.2	36.1	27.6
totaal n	156	90	246	210	36	246
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

chi-kw.=2.29, niet sign. chi-kw.=1.51, niet sign.

in de huisartspraktijk, maar degenen die uit deze groep kontakt hebben met de huisarts presenteren wel meer psychosociale klachten.

Zouden we alleen de VOEG als criterium voor de ijsberg gebruiken dan zien we in de lage VOEG-groep 13% mensen met psychosociale klachten bij de huisarts, in de midden-groep 37% en in de hoge VOEG-groep 61%.

Zoals ook uit figuur 9.4 blijkt, zijn er kennelijk nogal wat mensen die blijkens ons bevolkingsonderzoek betrekkelijk LAGE PROBLEEMSKORES hebben, maar TOCH KLACHTEN presenteren die door de huisarts als overwegend psychosociaal worden beoordeeld. Hoe is dit te verklaren? De verklaringen kunnen worden gezocht bij het onderzoeksinstrumentarium, de respondenten zelf en bij de huisarts. Gezien de betrekkelijk geringe ervaring die we nog met een aantal probleemindikatoren hebben, is het denkbaar dat deze nog niet 'gevoelig' genoeg zijn. Bovendien kunnen tijdens het interview weerstanden een rol gespeeld hebben, waardoor men zich ten opzichte van de interviewer terughoudend heeft opgesteld. Ook het vergeten of verdringen van ervaren problemen gedurende het afgelopen jaar kan in het bevolkingsonderzoek tot een onderschatting van de feitelijke problematiek hebben geleid. Anderzijds is het ook denkbaar dat een aantal mensen snel geneigd zijn hulp te zoeken, een lage drempel ervaren ten opzichte van de huisarts, waardoor zij gemakkelijker ook minder ernstige problematiek aan de huisarts presenteren (overkonsumptie). Dit zou betekenen dat de huisarts voor de bevolking niet alleen een ondersteunende rol vervult in psychosociale noodsituaties, maar ook bij de verwerking van levensproblemen die dit stadium nog niet hebben bereikt. In deze laatste zin levert de huisarts hiermee mogelijk een preventieve bijdrage. Zou men zijn ondersteunende rol willen beperken tot psychosociale noodsituaties dan is er sprake van overkonsumptie.

Tenslotte kan het zijn dat de huisarts het label 'overwegend psychosociaal' soms te snel toekent. In ieder geval blijkt uit het voorgaande dat we zowel bij het bevolkingsonderzoek als ook middels de huisartsregistratie kennelijk nog van vrij grove indicatoren gebruik maken.

In hoeverre weerspiegelen de RISIKOGROEPEN uit de bevolking zich in de registratiegegevens van de huisartspraktijk? Geen van de groepen die we op grond van het bevolkingsonderzoek als een risikogroep beschouwen, blijkt zich van de rest van de steekproef te onderscheiden door een significant groter percentage mensen met psychosociale klachten bij de huisarts. Hierop is één uitzondering, nl. de categorie vrouwen met geen of één kind. Bij hen is het percentage personen met psychosociale klachten tweemaal zo groot (46%) als in de rest van de steekproef (23%). Aangezien de ongehuwde vrouwen zich niet door een hoger percentage onderscheiden, nemen we aan dat het hier vooral om gehuwde vrouwen zonder kinderen of met één kind gaat.

Ook wanneer we het gemiddelde aantal psychosociale klachten als criterium nemen (tabel 9.6), vinden we alleen bij deze groep een significant hoger klachtengemiddelde. Vrouwen uit de hogere SES-groepen presenteren daarentegen juist minder van dergelijke klachten. Uit deze tabel blijkt tevens dat zowel de ongehuwde vrouwen alsook jongere mensen met weinig sociale kontakten in de huisartspraktijk minder direkt-psychosociale klachten presenteren. Daarentegen vallen mannen in de middenleeftijd, en de categorie ploegenarbeiders en uitkeringtrekkenden juist op doordat zij meer dan anderen hun persoonlijke problemen aan de huisarts presenteren zonder dat dit gepaard gaat met of de problemen schuil gaan achter klachten van lichamelijke aard. Het is niet ondenkbaar dat dit verschijnsel voor wat betreft de eerste groep zou moeten worden toegeschreven aan het feit dat de plaatselijke huisarts eveneens een man is uit de middenleeftijd.

9.5 RELATIE MET SOCIAAL-PSYCHOLOGIESE VARIABLEN

We zullen bij de beschrijving van de relatie tussen de interveniërende sociaal-psychologische variabelen en het klachtgedrag in de huisartspraktijk uitgaan van het theoreetisch model dat we in hoofdstuk 5 hebben besproken.

We hebben de relaties over de gehele steekproef, respectievelijk onder mannen en vrouwen onder meerdere opties onderzocht (tabel 9.7). In eerste instantie hebben we de relaties bestudeerd zonder het eventuele effect van verschillen in de psychosociale problematiek uit te schakelen. In tweede instantie hebben we een dergelijke controle via partiële korrelatie uitgevoerd en wel op twee verschillende wijzen. In de vorige paragraaf hebben we gekonstateerd dat de VOEG de belangrijkste prediktor is van de presentatie van psychosociale klachten in de huisartspraktijk. In de regressie-analyse bleek dat de andere probleemindikatoren aan de beide VOEG-dummies geen extra verklaarde variantie meer toevoegen bij de prediktie van het TOTAAL aantal psychosociale klachten. Aangezien we in deze paragraaf - omwille van de overzichtelijkheid - geen verdere specificaties zullen maken naar het type psychosociale klacht, kunnen we bij de controle van de probleemvariabelen hier dus volstaan met het invoeren van de beide VOEG-dummies als controle-variabelen. De significante partiële korrelaties geven dan inzicht in de verklaringskracht die de verschillende sociaal-psychologische variabelen kunnen TOEVOEGEN aan de prediktie van de psychosociale klachten.

We hebben daarnaast tevens partiële korrelaties berekend met de GLOBALE PROBLEEMINDEX (dummy-variabelen) als controle-variabele. De VOEG is weliswaar de beste prediktor

RISIKOGROEPEN (RG)	GEMIDDELD AANTAL KLACHTEN BIJ DE HUISARTS IN 1 JAAR									PERCENTAGE PERSONEN MET PSYCHOSOCIALE KLACHTEN		
	DIREKT-PSYCHOSOCIALE KLACHTEN			PSYCHOSOMATIESE KLACHTEN			PSYCHOSOCIALE KLACHTEN					
	RG	REST	t-toets p-waarde	RG	REST	t-toets p-waarde	RG	REST	t-toets p-waarde	RG	REST	chi-kw. p-waarde
1. vrouwen: 18-24 jaar	.07	.23	.05	1.07	.65	n.s.	1.15	.89	n.s.	.31	.27	n.s.
2. ongehuwde vrouwen	.09	.23	n.s.	.78	.69	n.s.	.87	.92	n.s.	.30	.27	n.s.
3. vrouwen: 0 - 1 kind	.22	.21	n.s.	1.30	.56	.05	1.52	.77	.03	.46	.23	.002
4. vrouwen: hogere SES	.17	.22	n.s.	.34	.76	.03	.51	.98	.04	.29	.28	n.s.
5. vrouwen: elders werkzaam	.23	.21	n.s.	1.53	.65	n.s.	1.77	.87	n.s.	.38	.27	n.s.
6. mannen : 39-49 jaar	.53	.17	.02	.50	.73	n.s.	1.04	.90	n.s.	.22	.28	n.s.
7. mannen : lagere SES	.42	.17	n.s.	.44	.75	n.s.	.86	.93	n.s.	.21	.29	n.s.
8. weinig/geen gods. binding	.17	.22	n.s.	.73	.69	n.s.	.90	.92	n.s.	.29	.27	n.s.
9. progressieve pol. voorkeur	.16	.22	n.s.	.84	.67	n.s.	1.00	.90	n.s.	.34	.26	n.s.
10. 18-34 jaar + weinig soc. contact	.07	.24	.02	.57	.72	n.s.	.63	.95	n.s.	.17	.29	n.s.
11. uitkering/ploegenarbeid	.68	.16	.002	.40	.73	n.s.	1.08	.90	n.s.	.17	.29	n.s.
totale steekproef		.22			.70			.92			28	
probleemgroep	.34	.14	n.s.	.92	.57	n.s.	1.26	.71	.04	.33	.24	n.s.
psychosociale noodgroep	.51	.16	.02	1.37	.58	.01	1.89	.74	.002	.36	.26	n.s.

Tabel 9.6 Het klachtgedrag in de huisartspraktijk van risikogroepen, de probleemgroep en de groep met psychosociale nood over de periode van een jaar vergeleken met de rest van de steekproef.

van het klachtgedrag, maar we beschouwen haar op grond van overwegingen uit hoofdstuk 6 en 7 niet als de beste representant van de aanwezigheid en ernst van de psychosociale problematiek in de bevolking. Een controle via de GLOBALE PROBLEEMINDEX biedt dan ook meer zicht op mogelijke sociale selectieprocessen in het hulpzoeken.

Bij de gedragsgewoonten met betrekking tot het hulpzoeken bij de huisarts doet zich een specifiek probleem voor. Aangezien we bij de huisarts in retrospectieve zin het klachtgedrag over 'het afgelopen jaar' trachten te voorspellen, bestaat het gevaar dat de gerapporteerde hulpzoekgewoonte over de afgelopen 10 jaar een overlap vertoont met het te voorspellen hulpzoekgedrag. Het gedrag in het afgelopen jaar behoort immers eveneens tot het gedrag in de laatste 10 jaar. De beide variabelen zouden dan gedeeltelijk hetzelfde meten. In dat geval is de resulterende prediktieve waarde weinig zinvol. We hebben daarom de betrokken gewoontevariabele van de hiernavolgende analyse uitgesloten. Om dezelfde reden hebben we ook uit enkele samengestelde variabelen (HZ-EERSTE LIJN en HZ-PROF) in de hiernavolgende analyse de bijdrage van de huisarts verwijderd.

Omwille van de overzichtelijkheid zijn de variabelen, die in geen van de analyses een prediktieve bijdrage leverden, uit de tabellen weggelaten.

9.5.1 Houdingen ten aanzien van hulpzoekgedragingen

We hebben de relaties onderzocht tussen het klachtgedrag en de houdingen ten aanzien van het voor zich houden van problemen, respectievelijk zelf oplossen, voorts ten aanzien van het hulpzoeken in het algemeen, het zoeken van niet-professionele hulp, eerstelijns-hulp, de hulp van de huisarts, tweedelijns-hulp en de houding ten aanzien van eventuele eerdere contacten met professionele hulpverleners op psychosociaal terrein. Bovendien hebben we ook de houding ten aanzien van het gebruik van rustgevendende middelen in de analyse betrokken.

Baseren we ons op de theorie van Fishbein (par. 5.3.5) dan mogen we verwachten dat houdingen sterker aan het gedrag gerelateerd zijn, naarmate het houdingsobject specifiek is afgestemd op het te voorspellen gedrag. Het sterkste positieve verband zouden we dus moeten vinden met de houding ten aanzien van het zoeken van hulp bij de huisarts, respectievelijk met het gebruik van psychofarmaka omdat het voorschrijven van dergelijke middelen een mogelijke reactie van de huisarts kan zijn op de hulpvraag.

Over de steekproef als geheel bleek het klachtgedrag in het afgelopen jaar alleen een positieve relatie te vertonen met de houding ten aanzien van het hulpzoeken in het algemeen, en met de houding ten aanzien van het gebruik van rustgevendende middelen. Hoe positiever deze houdingen, hoe meer psychosociale klachten we bij dergelijke personen in de huisartspraktijk aantreffen. Anderzijds vonden we een zwak negatief verband met de houding ten aanzien van het zelf oplossen van problemen zonder hulp van anderen. Hoe positiever deze houding, hoe minder klachten er worden gepresenteerd. We vinden deze verbanden eveneens terug na controle voor verschillen in de aanwezigheid en ernst van de pro-

	AANTAL PSYCHOSOCIALE KLACHTEN BIJ DE HUISARTS									
	ALLEN (n=247)			MANNEN (n=132)			VROUWEN (n=115)			(n=92)
	r	part.r (VOEG)	part.r (GPI)	r	part.r (VOEG)	part.r (GPI)	r	part.r (VOEG)	part.r (GPI)	probleemgroep r
HOUDINGEN t.a.v. zelf oplossen (sem. diff.) hulpzoeken (Likert) (n=60!) gebruik psychofarmaka hulpzoeken: informeel hulpzoeken bij de huisarts	(-.11)	-.11	.	.	.	.	.	-.16	.	.45 .35 -.18 .
SUBJEKTIEVE SOCIALE NORMEN voor mijzelf houden hulpzoeken bij de huisarts	.	-.12	.	.	.	.	.	-.20	.	.33
BESCHIKBAARHEID HULPBRON presentatie somatische kl.	.20	.	.17	.	.	.	.18	.	.16	.21
VAARDIGHEDEN - GEWOONTEN HZ - ZELF OPLOSSEN GLOBALE HULPZOEKINDEX HZ - GEZIN HZ - VRIEND, FAMILIE, KOLLEGA HZ - PSYCHOFARMAKA HZ - PROFESSIONELE HULP HZ - EERSTE LIJN HZ - TWEEDE LIJN HZ - VOLG - PROF HZ - VOLG - HUISARTS KONTAKT - SOM - PSYCHSOC	-.12 .16 (.10) . . .30 .13 .14 .15 (.13) .26 .14	-.18 .1124 .24 .11 .11 . .17 .	-.15 .11 .12 -.10 .24 .11 .1023 .	.	-.172127 .	.	-.1740 .31 .20 .44 .26 .23 .	-.20 .1827 .25 .16 .35 . .16 .	-.21 .1627 .22 . .32 .19 .21 .	-.28 . . . -.24 .38 .17 .30 .22 .30 .29 (.15)

Tabel 3.7 Relaties tussen sociaal-psychologische variabelen en psychosociale klachten bij de huisarts. (toelichting: zie tabel 7.8)

blematiek, hoewel dit afhankelijk blijkt van de aard van de controle-variabele. Zo blijkt na controle voor de VOG de bijdrage van de houding ten aanzien van het gebruik van rustgevendende middelen weg te vallen. Dit is begrijpelijk omdat degenen die sterker geneigd zijn met lichamelijke klachten te reageren op stresservaringen, ook in de sfeer van de remedies een sterkere somatische oriëntatie hebben. De huisarts rapporteerde dat patiënten met psychosomatische klachten, tijdens het spreekuur vaak uitdrukkelijk vroegen om het voorschrijven van psychofarmaka ("Dokter hebt u iets tegen...?").

Tegen de achtergrond van Fishbein's theorie is het zeer opvallend dat we geen enkele positieve samenhang aantreffen tussen de houding ten aanzien van het hulpzoeken bij de huisarts voor persoonlijke problemen en de feitelijke presentatie van psychosociale klachten. Integendeel, bij vrouwen vinden we zelfs een negatief verband. Ook wanneer we ons beperken tot de direkt-psychosociale klachten is noch in het algemeen, noch bij mannen of vrouwen een positief verband aanwezig. Het ontbreken van een positief verband blijkt vooral te moeten worden verklaard uit de geringe spreiding van de houdingen over de gehele houdingsschaal. 85% scoorde boven het schaal midden. Het negatieve verband bij vrouwen wordt dan ook niet veroorzaakt door een gemiddeld negatieve houding van degenen die klachten presenteren, maar door een meer gematigd positieve houding. Bij geen van de categorieën vrouwen met respectievelijk 1, 2, 3, 4, 5 of meer klachten was de gemiddelde houding negatief. In het algemeen kan men dus stellen dat er op grond van de houding ten aanzien van het zoeken van hulp bij de huisarts bij verreweg de meesten weinig weerstanden bestaan om in probleemsituaties ook feitelijk een beroep op de huisarts te doen. De wat meer gematigde houding bij de hulpzoekende vrouwen wordt mogelijk veroorzaakt doordat het hulpzoeken naast positieve gevoelens ook negatieve gevoelens kan oproepen, zoals een sterkere confrontatie met het eigen leed en het eigen onvermogen. Gezien de voorgaande toelichting hoeven de gevonden verbanden dus niet te worden beschouwd als in strijd met Fishbein's theorie.

De overige houdingsvariabelen, welke we met het klachtgedrag in verband hebben gebracht, bleken geen significante samenhang te vertonen met dit gedrag, evenmin na uitschakeling van de verschillen op de probleemvariabelen. Dit betekent onder meer dat verschillen in het klachtgedrag bij de huisarts niet gepaard gaan met verschillen in houding ten aanzien van het hulpzoeken in de eerste lijn of van professionele hulp in het algemeen, en evenmin ten aanzien van het zoeken van informele hulp.

We konkluderen dat de resultaten slechts gedeeltelijk HYPOTHESE 6a ondersteunen. In deze hypothese werd een positief verband verondersteld. De houding ten aanzien van zelf oplossen, hulpzoeken in het algemeen en ten aanzien van het gebruik van psychofarmaka geven verbanden met het klachtgedrag te zien welke overeenkomen met de hypothese. We konkludeerden dat de resultaten met betrekking tot de houding ten aanzien van de huisarts niet in strijd met de theorie hoeft te zijn. Dat de overige variabelen geen positief verband opleveren laat zich in de opvattingen van Fishbein en Ajzen (1975, pag. 374) verklaren doordat deze houdingen te weinig specifiek zijn in vergelijking tot het te prediceren gedrag.

9.5.2 Subjektieve sociale normen

We constateren meer psychosociale klachten bij de huisarts naarmate de waargenomen normen van belangrijke anderen ten aanzien van dit gedrag positiever zijn. Het gevonden positieve verband kan anderzijds betekenen dat afkeuring van dergelijk gedrag door mensen in de directe leefomgeving een belemmerende werking zou kunnen hebben op het inschakelen van de huisarts bij het oplossen van ernstige persoonlijke problemen.

Na partiële korrelatie vonden we eveneens een verband met de waargenomen normen ten aanzien van het 'voor zichzelf houden en er met niemand over praten'. Naarmate belangrijke anderen toleranter staan ten opzichte van dit 'voor zichzelf houden' of dit juist positief waarderen, presenteert men ook minder psychosociale klachten bij de huisarts.

De gevonden verbanden vormen een ondersteuning voor HYPOTHESE 6b.

9.5.3 Beschikbaarheid van contacten met de huisarts

In HYPOTHESE 6d wordt gesteld dat men van een bepaalde hulpbron meer gebruik maakt, naarmate deze hulpbron meer beschikbaar is. Aangezien er een huisarts in het dorp gevestigd is en deze of diens vervanger dag en nacht beschikbaar is, zullen geografiese afstand of openingstijden in de beschikbaarheid nauwelijks een belemmerende rol spelen. Bij tweede-lijnsinstanties blijkt dit nogal eens een probleem op te leveren. Voor de huisarts kan de betreffende faktor in ons model echter ook op een andere wijze worden ingevuld, nl. het aantal contacten dat men in de loop van een jaar heeft op grond van klachten die als strikt somaties worden beoordeeld. Is men eenmaal letterlijk over de drempel van de huisartspraktijk, dan is de beschikbaarheid van de hulpbron dusdanig groot dat men mag verwachten dat dan ook de psychologische drempel om psychosociale klachten te presenteren afneemt.

De resultaten in tabel 9.7 en 9.8 geven inderdaad een verband weer in de verwachte richting. Slechts 4% heeft in de loop van een jaar psychosociale klachten gepresenteerd, zonder in datzelfde jaar ook voor somatische aandoeningen contact te hebben gehad. Bij de overige 32% met psychosociale klachten vinden we ook contacten vanwege somatische aandoeningen. Uit tabel 9.8 blijkt bovendien dat het percentage mensen met psychosociale klachten in de huisartspraktijk vooral groot is onder degenen die in een jaar 3, 4 of meer somatische klachten presenteren. Dit zou erop kunnen wijzen dat er voor een contact met de huisarts over persoonlijke problemen een zekere relatie vereist is en dat een incidenteel contact voor een somatische aandoening hiervoor een onvoldoende basis vormt.

Bij uitsplitsing naar de aard van de klachten, bleek de gevonden samenhang zowel te bestaan met de presentatie van direkt-psychosociale klachten ($r=.14$) als met het presenteren van psychosomatische klachten ($r=.18$). Bij partiële korrelatie met de GLOBALE PROBLEEMINDEX als controle-variabele, blijft dit verband gehandhaafd. Wordt de VOEG gebruikt als controle-variabele, dan verdwijnt de samenhang. Dit betekent in onze opvatting, dat bij het zoeken van psychosociale hulp bij de huisarts niet alleen de direkte beschikbaarheid van dit contact een rol speelt, maar ook een somaties-mediese oriëntatie.

Het is aannemelijk dat deze zowel van invloed is op het hulpzoeken bij de huisarts voor somatische als voor overwegend psychosociale aandoeningen.

We konkluderen dat het gevonden verband niet in strijd is met HYPOTHESE 6d. Er blijven echter twijfels over de inhoudelijke interpretatie.

Tabel 9.8 De relatie tussen de presentatie van psychosociale klachten en somatische klachten in de huisartspraktijk gedurende 1 jaar.

psychosociale klachten	aantal somatische klachten				totaal
	0	1-2	3-4	5+	
geen n	57	60	34	27	178
%	86.4	75.9	60.7	60.0	72.4
wel n	9	19	22	18	68
%	13.6	24.1	39.3	40.0	27.6
totaal n	66	79	56	45	246
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

chi-kwadraat = 14.21, df=3, p=.02

9.5.4 Vaardigheden en gedragsgewoonten

We hebben een brede schakering van gedragsgewoonten of gedragsvaardigheden met het klachtgedrag gerelateerd. Slechts enkele van deze variabelen leverden geen significant verband op. Bij de meeste variabelen was dit echter - ook na partiële correlatie - wel het geval.

De presentatie van psychosociale klachten in de huisartspraktijk hangt zowel samen met indicatoren voor de globale neiging tot hulpzoeken, respectievelijk zelf oplossen zonder hulp in het algemeen, als met gedragsgewoonten in het zoeken van professionele hulp.

Hoe meer men gewoon is persoonlijke problemen zelf op te lossen zonder hulp van anderen, hoe minder psychosociale klachten we bij de huisarts vinden. Hoe meer men in het algemeen tot hulpzoeken geneigd is, hoe meer psychosociale klachten. We constateerden eerder een vergelijkbaar verband met de houding ten aanzien van zelfoplossen.

In het vorige hoofdstuk zijn we uitvoerig ingegaan op de vraag of het gebruik van informele hulp mogelijk een preventief effect heeft op de behoefte aan professionele hulp. We constateerden echter een positief verband tussen het gebruik van beide categorieën hulp. De samenhang bleek echter te verschillen alnaargelang de aard van het informele circuit waarop men bij het hulpzoeken is georiënteerd. Voor wat het klachtgedrag in de huisartspraktijk betreft constateren we dat er geen verband bestaat met de HZ-INFORM. We vonden evenmin een verband met de HOUDING-HZ-INFORM. In overeenstemming met de resultaten in het vorige hoofdstuk, blijkt het klachtgedrag (zwak) positief gerelateerd te zijn aan de mate waarin men hulp zoekt bij de partner of de eigen kinderen, en nega-

tief aan de mate waarin men in probleemsituaties een beroep doet op het circuit van vrienden, familie en collega's. Bij degenen die het afgelopen jaar ernstige problemen hebben ervaren, kwam dit negatieve verband nog sterker naar voren. In deze groep vonden we eveneens een negatief verband met de houding ten aanzien van het gebruik van informele hulp en met de HZ-INFORM. Dit laatste verband ($r = -.13$) bleek echter niet significant. We vinden hier dus slechts zeer zwakke aanwijzingen voor een mogelijk preventief effect van informele hulp op de psychosociale hulpvraag bij de huisarts. Voorzover er mogelijk van een preventief effect sprake is, zou dit uitsluitend moeten worden toegeschreven aan de mate waarin men een informeel circuit tot zijn of haar beschikking heeft buiten de partner en de eigen kinderen.

De bevinding in het vorige hoofdstuk dat er een groot aantal relaties bestaan tussen het gebruik van diverse professionele hulpbronnen, zien we ook in tabel 9.7 terug. De mate waarin men in probleemsituaties gewend is van eerste- of tweedelijns hulp gebruik te maken, hangt samen met het aantal psychosociale klachten in de huisartspraktijk. Dit blijkt ook het geval te zijn wanneer verschillen in de aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek onder controle wordt gehouden, respectievelijk binnen de probleemgroep. Hoewel dit niet uit de houding blijkt bestaat er in het gedrag kennelijk toch zoiets als een sterkere of zwakkere oriëntatie op professionele hulp. Gezien het te verwaarlozen aantal 'psychosociale' verwijzingen door de huisarts gedurende de onderzoeksperiode, kan de gevonden samenhang niet uitgelegd worden als een gevolg van de verwijzersrol van de huisarts.

De sterkste positieve samenhang met het klachtgedrag geven twee gewoonte-indicatoren te zien, welke specifiek verwijzen naar het hulpzoeken in de huisartspraktijk: de HZ-VOLG-HUISARTS en de HZ-PSYCHOFARMAKA. Hoe vroeger men het hulpzoeken bij de huisarts plaatst in de HZ-VOLGORDE, d.w.z. in de eerste vier opeenvolgende HZ-reakties die men typerend voor zichzelf acht, hoe meer psychosociale klachten men in de huisartspraktijk presenteerde.

Vonden we reeds een positief verband met de houding ten aanzien van het gebruik van psychofarmaka, de mate waarin men feitelijk ervaring heeft met psychofarmaka levert een nog sterker verband op met de mate waarin men zich in probleemsituaties tot de huisarts wendt. Nu zou dit verband het gevolg kunnen zijn van voorschriften door de huisarts gedurende het afgelopen jaar. De vertrouwdsheid met psychofarmaka biedt dan weinig inzicht in de totstandkoming van het klachtgedrag. Gebruik makend van de gegevens uit het registratie-onderzoek hebben we deze relatie daarom opnieuw berekend over degenen die 'het afgelopen jaar' geen psychofarmaka kregen. Ook bij deze groep constateerden we eenzelfde verband ($r = .27$, $p < .002$).

We vonden geen samenhang met de variabele 'VERBALE VAARDIGHEID EN BEGRIIP VANUIT DE OMGEVING' (Likert-schaal, $n = 60$). De richting van het gevonden verband ($r = .12$) wijst wel in de richting van een frekwenter presenteren van psychosociale klachten door degenen die zichzelf als betrekkelijk vaardig zien in het onder woorden brengen van hun persoonlijke problemen ten opzichte van anderen. Gezien het geringe aantal mensen waarbij deze Likert-items zijn afgenomen, is het gevonden verband niet significant.

We konkluderen dat de voorgaande resultaten een ondersteuning vormen voor HYPOTHESE 6c, waarin een positieve samenhang wordt verondersteld tussen de frekwentie waarmee professionele hulp wordt gezocht en bestaande gedragsgewoonten met betrekking tot het zoeken van professionele hulp. De hypothese wordt althans ondersteund voorzover het het hulpzoeken bij de huisarts betreft. Hierbij moeten we echter een belangrijke kanttekening maken. De gedragsgewoonten ten aanzien van het zoeken van psychosociale hulp bij de huisarts werd zelf niet met het klachtgedrag in verband gebracht, omdat beide maten - qua tijdsperiode - niet van elkaar konden worden gescheiden. We beschikten echter over voldoende andere indicatoren met betrekking tot gedragsgewoonten om een toetsing van de hypothese mogelijk te maken.

9.6 RELATIE MET DEMOGRAFIESE VARIABELEN

We hebben ten aanzien van de relatie tussen de demografische variabelen en het presenteren van psychosociale klachten dezelfde analyse-procedure gebruikt, als we hiervoor gehanteerd hebben bij het onderzoeken van de relaties met een aantal sociaal-psychologische kenmerken. De resultaten zijn weergegeven in tabel 9.9.

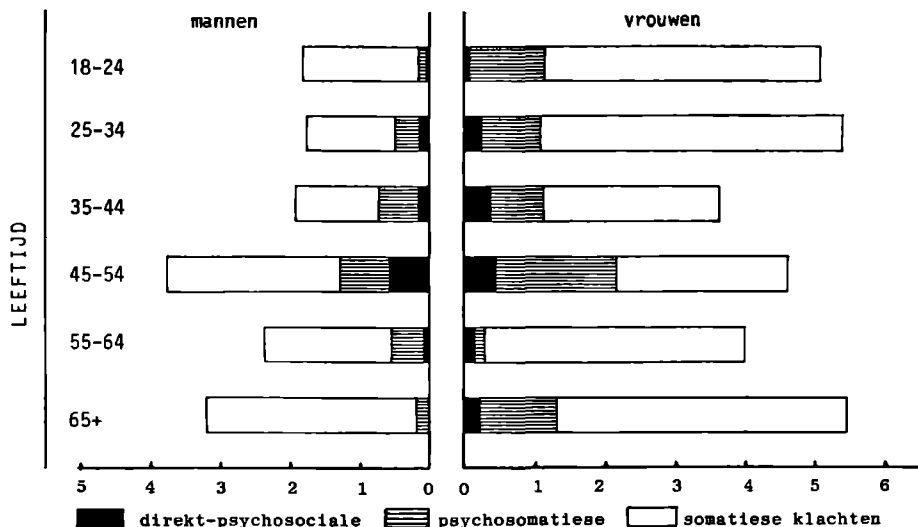
9.6.1 Sexe en leeftijd

Vrouwen presenteren in de huisartspraktijk tweemaal zoveel klachten die door de huisarts als 'overwegend psychosociaal' worden beoordeeld dan mannen ($\bar{X}_m=.58$; $\bar{X}_v=1.31$). Dit sexe-verschil betreft hoofdzakelijk de psychosomatische klachten ($r=.19$). Bij de direkt-psychosociale klachten vonden we geen significant verband. Deze sexe-verschillen weerspiegelen de verschillen in problematiek welke we in het bevolkingsonderzoek tussen mannen en vrouwen constateerden en met name de sterkere neiging tot psychosomatiseren bij vrouwen. Houden we deze probleemverschillen via partiële correlatie onder controle dan verdwijnen de sexe-verschillen in het aantal gepresenteerde psychosociale klachten. We konkluderen dat vrouwen als totale groep frequenter bij hun huisarts komen met psychosociale klachten dan mannen, omdat ze meer psychosociale problematiek oftewel psychosomatische symptomen ervaren en niet noodzakelijk vanwege hun eveneens sterkere oriëntatie op de hulp van de huisarts, welke we eerder in par. 8.8.1 hebben beschreven. Ook daar toonden we aan dat - in tegenstelling tot veel andere studies - vrouwen in het algemeen niet vaker tot hulpzoeken geneigd zijn dan mannen.

Terwijl leeftijd negatief blijkt te zijn gekorreleerd aan de probleemindicatoren, vinden we geen rechtlijnig verband tussen leeftijd en het klachtenpatroon in de huisartspraktijk. Wel constateren we zowel bij mannen als bij vrouwen een kromlijnig verband (figuur 9.10). Het grootste aantal psychosociale klachten wordt gepresenteerd door de leeftijdsgroep tussen 45 en 54 jaar.

Tabel 9.9 Relatie tussen demografische variabelen en psychosociale klachten bij de huisarts (zie toelichting bij tabel 7.8).

	AANTAL PSYCHOSOCIALE KLACHTEN BIJ DE HUISARTS									PROBLEEM- GROEP r
	MANNEN + VROUWEN			MANNEN			VROUWEN			
	r	part.r (VOEG)	part.r (GPI)	r	part.r (VOEG)	part.r (GPI)	r	part.r (VOEG)	part.r (GPI)	
PERSOONSKENMERKEN										
sexe (m/v)	.18	.	.	.	.	.	.	.	.	.18
leeftijd	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.18
leeftijdsgroep	.14	.	.	.18	.	.16	.	.	.17	.20
LEEFVERBAND										
gehuwd (resp. gew.) (-/+)	.12	.	.16	.14	.	.14	.	.	.15	.22
aantal kinderen	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
idem: 0-10 jaar	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
idem: 11-17 jaar	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
alleenwonend (-/+)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
SOCIAAL-EKONOMIESE STATUS										
opleidingsnivo (laag-hoog)	-.14	-.12	-.16	.	.	.	-.20	-.23	-.32	-.18
oefent beroep uit (-/+)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	-.17
beroepsnivo (R) (laag-hoog)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	-.17
beroepsnivo (K) (laag-hoog)	-.11	.	.	-.16	.	.	.	.	.	.
(gezins-)inkomen (laag-hoog)	.	.	.	.	.15	.	-.16	-.18	-.22	.
grootte bedrijf (-/+ 50 pers.)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
werkt in/buiten woongemeente	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ploegenarbeid (-/+)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
uitkering: wwv, zw, wao (-/+)	.	.	.	.27	.16	.24	.	.	.	.
LEVENSBSCHOUWING										
intensiteit godsd. (hoog-laag)	.	.	-.10	.	.	.	.	.	-.22	.
kontaktfrekw. m. kerk (hoog-laag)	.	.	-.11	.	.	.	.	.	-.22	.
voorkeur progres. partij (-/+)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
SOCIALE INTEGRATIE										
autochtoon-allochtoon	.11	.	.	.	.	.	.	.	.	.17
woonduur in gemeente (-/+ 5 jr)	-.11	-.11	.	.	.	.	.	.	.	.
omvang soc. netwerk (klein-gr.)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
mate v. soc. kontakt (weinig-v.)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
FAKTOR 1: GENERATIEFAKTOR										
FAKTOR 2: MAN-VROUW ROL	.12	.	-.11	.16	.18	.15	.	.	.20	.
FAKTOR 3: SOCIAAL-EKON. STATUS	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.



Figuur 9.10 Gemiddeld aantal klachten in de huisartspraktijk over de periode van 1 jaar uitgesplitst naar sexe, leeftijd en aard van de klacht

Het hoge aantal psychosociale klachten in de middengroep komt niet zonder meer voort uit een omvangrijker gebruik van de huisartsenhulp in het algemeen. Afhankelijk van de leeftijd verschilt zowel bij mannen als bij vrouwen de AARD van de geregistreerde klachten. In sommige leeftijdsgroepen is het 'psychosociale aandeel' minder dan 10% van het totaal aantal klachten, in andere leeftijdsgroepen echter meer dan 30% en bij de vrouwen in de overgangsjaren zelfs 47%.

De samenhang tussen leeftijd en het klachtenpatroon in de huisartspraktijk geeft, met name bij de vrouwen, een ander beeld te zien dan tussen leeftijd en de probleemscores in het bevolkingsonderzoek. Het meest opvallend wat dit betreft is het klachtgedrag van de groep jongere vrouwen (18-24 jr.). Hoewel zij in het bevolkingsonderzoek naar voren komen als een duidelijke risikogroep, wijkt het gemiddeld aantal psychosociale klachten bij de huisarts in deze groep niet af van het gemiddelde bij de overige vrouwen ($t=0.43$; niet sign.).

Voor zover vanuit deze groep klachten worden geuit, zijn zij vrijwel uitsluitend van psychosomatische aard. Van alle leeftijdskategorieën bij vrouwen vinden we hier de minste direkt-psychosociale klachten. Het hoge gemiddelde aan psychosociale klachten bij vrouwen in de overgangsjaren vinden we in het bevolkingsonderzoek niet terug bij de globale probleemindex (figuur 7.11). We constateerden in deze leeftijdsgroep echter wel een hoog VOEG-gemiddelde (figuur 7.10), hoewel de stijging van het aantal psychosomatische symptomen in het bevolkingsonderzoek op een wat jongere leeftijd (40 jr.) begint dan in de huisartspraktijk tot uiting komt (45 jr.). De oudere vrouwen van 65 jaar en ouder presenteren bij de huisarts meer psychosociale klachten dan men op grond van het bevolkingsonderzoek zou verwachten.

Het klachtgedrag bij mannen geeft een kromlijinig verband te zien dat sterk overeenkomt met het kromlijnige verband tussen leeftijd en de VOEG (figuur 7.10), alsook met de leeftijdsverdeling van de oriëntatie op professionele hulp (figuur 8.22). Zowel bij de

jongere als de oudere mannen zien we de minste psychosociale klachten bij de huisarts, de laagste probleemgemiddelden en ook de minste geneigdheid tot het zoeken van professionele hulp.

9.6.2 Leefverband en burgerlijke staat

Gehuwden presenteren vaker psychosociale klachten bij hun huisarts dan ongehuwden. Het aantal kinderen, respectievelijk de leeftijdsperiode waarin deze verkeren is noch bij mannen, noch bij vrouwen gerelateerd aan verschillen in het klachtgedrag.

In het bevolkingsonderzoek vonden we juist meer problematiek bij ongehuwden en mensen met weinig of geen kinderen. De VOG gaf daarentegen juist een hogere score te zien bij degenen die gehuwd zijn, respectievelijk veel kinderen hebben. Voor wat betreft de gehuwden weerspiegelt hun hoger gemiddelde aan psychosomatische reacties op stress zich in een frekwenter psychosociale hulpvraag bij de huisarts.

In het betreffende hulpzoekgedrag van de gehuwden zien we tevens hun sterkere oriëntatie op professionele hulp terug, welke we in het vorige hoofdstuk hebben gekonstateerd.

9.6.3 Sociaal-ekonomiese status

In de huisartspraktijk blijken de klachten met een duidelijk psychosociale achtergrond veel minder gebonden te zijn aan de SES dan we eerder in het bevolkingsonderzoek constateerden met betrekking tot de spreiding van de psychosociale problematiek. De gevonden verbanden zijn alle negatief van aard, d.w.z. meer psychosociale klachten in de lagere en midden SES-groepen. Dit geldt met name voor de vrouwen met een relatief lager opleidingsnivo en een lager gezinsinkomen. In het bevolkingsonderzoek vonden we de meeste problematiek bij vrouwen juist in de hogere SES-groepen.

Bij mannen vinden we vrijwel geen verband tussen klachtgedrag en SES-indicatoren ofwel zij verdwijnen na een controle voor de verschillen in problematiek. Bij vrouwen



Figuur 9.11 SES-indicatoren en het gemiddeld aantal psychosociale klachten in de huisartspraktijk gedurende 1 jaar, uitgesplitst naar sexe

draagt de SES dus wel bij tot de sociale selectie in het hulpzoeken bij de huisarts, bij mannen niet.

De mannelijke sociale uitkeringsgerechtigden, die wij eerder als risikogroep hebben aangemerkt, vallen ook in de huisartspraktijk op door een hoger gemiddelde aan psychosociale klachten. Bij een nadere bestudering bleek dit hogere gemiddelde uitsluitend voor rekening te komen van degenen die onder de ziektewet vallen. De ww-ers en wao-ers presenteerden gedurende het onderzoeksjaar in het geheel geen klachten, die door de huisarts als overwegend psychosociaal worden beoordeeld. In het bevolkingsonderzoek vonden we bij deze groep wel hoge problemscores.

9.6.4 Levensbeschouwing

De categorie met weinig gebondenheid aan kerk of godsdienst en de categorie met een voorkeur voor een progressieve politieke partij kenmerkt zich blijkens ons bevolkingsonderzoek door hoge problemscores. In de huisartspraktijk vertonen zij echter niet meer psychosociale klachten dan anderen. Na partiële correlatie vinden we zelfs dat de groep met weinig kerkelijke binding minder klachten aan de huisarts presenteert.

9.6.5 Sociale integratie

De indicatoren voor sociale integratie leveren in het registratie-onderzoek ongeveer hetzelfde beeld op als in het bevolkingsonderzoek. Er bestaat weinig verband tussen deze indicatoren en de klachten in de huisartspraktijk. Wel vonden we zwakke, maar significante aanwijzingen dat de allochtonen en met name degenen die pas 5 jaar of korter in het dorp wonen, meer psychosociale klachten bij hun huisarts presenteren. In het bevolkingsonderzoek vonden we geen aanwijzingen om bij hen meer psychosociale problematiek te veronderstellen. Daarentegen constateerden we in hoofdstuk 8 bij de allochtonen wel een sterkere oriëntatie op professionele hulp.

We vonden geen aanwijzingen dat de beschikbaarheid van meer sociale kontakten, respectievelijk een groter sociaal netwerk samengaat met het presenteren van meer of juist minder psychosociale problematiek in de huisartspraktijk.

9.7 REGRESSIE-ANALYSE

De voorgaande bespreking van de resultaten heeft duidelijk gemaakt dat de presentatie van psychosociale klachten bij de huisarts niet alleen gerelateerd is aan verschillen in de aanwezigheid en ernst van de psychosociale problematiek in de bevolking. Onafhankelijk daarvan hebben we eveneens samenhangen gevonden tussen het klachtgedrag en een

aantal sociaal-psychologische en sociaal-demografische kenmerken. De hierna volgende regressie-analysen geven allereerst weer in hoeverre iedere groep van prediktor-variabelen - in retrospectieve zin - in staat is verschillen in het aantal psychosociale klachten gedurende 'het afgelopen jaar' te voorspellen. Vervolgens zijn we nagegaan in hoeverre de groep sociaal-psychologische kenmerken, respectievelijk sociaal-demografische kenmerken, - ieder voor zich en gezamenlijk - predictieve waarde kunnen toevoegen aan de verklaarde variantie in het klachtgedrag op grond van de probleemindikatoren.

Evenals in eerdere hoofdstukken hebben we hierbij de strategie gevolgd van de 'forward inclusion', waarbij stapsgewijs de variabelen met de hoogst verklarende waarde aan de regressievergelijking worden toegevoegd. Dit stapsgewijze proces wordt beëindigd wanneer de toevoeging van een nieuwe variabele aan de vergelijking geen significante stijging in de verklaarde variantie meer oplevert. De resultaten zijn in tabel 9.12 samengevat.

Tabel 9.12 De regressie-analysen bij de predictie van psychosociale klachten in de huisartspraktijk over 'het afgelopen jaar'.

<u>Prediktor-kategorie</u>		percentages verklaarde variantie		
		<u>allen</u>	<u>mannen</u>	<u>vrouwen</u>
1. probleem-indikatoren		20.4	16.1	21.1
2. sociaal-psychologische kenmerken		14.8	6.3	30.7
3. sociaal-demografische kenmerken		4.5	3.2	3.2
4. probleem-indikatoren + sociaal-psychologische kenmerken		26.0	19.5	36.6
5. probleem-indikatoren + demografische kenmerken		21.2	16.1	24.5
6. probleemindikatoren + sociaal-psychologische kenmerken + demografische kenmerken		27.0	19.5	38.0
regressie-vergelijkingen bij 6.				
ALLEN	stap variabele	MR	BETA	
	1. VOEG-SPLIT 2	.42	.352	F=19.60
	2. HZ-PSYCHOFARMAKA	.49	.201	df1=5
	3. SEXE	.51	.117	df2=246
	4. VOEG-SPLIT 1	.52	.140	p<.001
	5. HZ-ZELF-OPLOSSEN	.53	-.120	
MANNEN	1. VOEG-SPLIT 2	.41	.403	F=17.11
	2. HZ-PSYCHOFARMAKA	.46	.199	df1=2, df2=131 p<.001
VROUWEN	1. HZ-TWEEDE LIJN	.49	.300	
	2. VOEG-SPLIT 2	.53	.296	F=12.96
	3. OPLEIDING	.57	-.221	df1=6
	4. VOEG-SPLIT 1	.60	.195	df2=111
	5. SUBJ. SOC. NORM-HUISARTS	.62	.180	p<.001
	6. HOUDING-HZ-HUISARTS	.64	-.159	

We kunnen uit deze tabel de volgende konklusies trekken.

Over de steekproef als geheel wordt de meeste variantie in de presentatie van de psychosociale klachten bij de huisarts verklaard door de verschillen in de aanwezigheid en ernst van de psychosociale problematiek zoals we die in het bevolkingsonderzoek hebben gekonstateerd (20,4%). De sociaal-psychologische kenmerken leveren eveneens een belangrijke prediktieve waarde op, welke - toegevoegd aan die van de probleemindikatoren - leidt tot een stijging van 5,6% in de verklaarde variantie van het klachtgedrag. De sociaal-demografische kenmerken bieden slechts in zeer beperkte mate een basis om verschillen te voorspellen in het aantal psychosociale klachten dat mensen bij de huisarts presenteren. De verklaarde variantie, die aan de probleemindikatoren en de sociaal-psychologische kenmerken wordt toegevoegd, bedraagt slechts 1%. Alle prediktor-variabelen tezamen verklaren 27% van de verschillen in het aantal gepresenteerde psychosociale klachten.

Verder constateren we dat het klachtgedrag bij vrouwen aanzienlijk beter te voorspellen is met behulp van de door ons gebruikte variabelen dan bij mannen. De totaal verklaarde variantie is bij vrouwen tweemaal zo hoog als bij mannen, respectievelijk 38,0 en 19,5%. Het zijn vooral de sociaal-psychologische kenmerken die voor dit verschil tussen mannen en vrouwen verantwoordelijk zijn.

De resultaten als geheel leveren een duidelijke ondersteuning op voor HYPOTHESE 5 omtrent de aanwezigheid van sociale selectieprocessen in het zoeken van professionele hulp, i.c. de presentatie van psychosociale klachten aan de huisarts. Bij vrouwen kwamen deze sociale selectieprocessen veel sterker naar voren dan bij mannen.

9.8 KONKLUSIES

We konkludeerden reeds op basis van het bevolkingsonderzoek, dat de huisarts een centrale rol vervult in de professionele hulpverlening bij psychosociale problematiek. Ook het registratie-onderzoek onderstreept de belangrijke positie die de huisarts daarbij inneemt. In de loop van het jaar van onderzoek bleek de huisarts met 28% van de bevolkingssteekproef een of meerdere contacten te hebben gehad rond klachten, die door deze hulpverlener als overwegend psychosociaal van aard werden beschouwd. Van alle patiënten, waarmee de huisarts in dat jaar contact gehad heeft, was dit zelfs 36%.

Nu zouden deze cijfers sterk bepaald kunnen zijn door de instelling en het diagnosties vermogen van de huisartsen die aan ons onderzoek hebben geparticipeerd. Zo kan van de lokaal gevestigde huisarts gezegd worden dat hij een duidelijke belangstelling heeft voor de psychosociale aspecten van de aangeboden klachten. Aangezien we echter geen specifiek onderzoek hebben verricht rond hun oordeelsvorming, is het moeilijk deze invloed precies in te schatten. Wel kunnen we een vergelijking maken met de resultaten uit andere studies. Op basis van de N.U.H.I.-gegevens over een aantal huisartspraktijken, heeft Vermeer (1978) berekend, dat de psychosomatische stoornissen (in ruime zin) 20 tot 22% vormen van het totaal aantal aandoeningen waarmee de huisartsen in de loop van een

jaar (1976) worden gekonfronteerd. Onder deze categorie vallen zowel de psychosomatische klachten met aantoonbare somatische afwijkingen, alsook de zogenoemde 'nerveus-funktionele klachten'. Grofweg dus alle aandoeningen welke worden beschouwd als van overwegend psychosociale aard. Het percentage psychosociale aandoeningen in ons registratie-onderzoek komt hiermee vrijwel exakt overeen, nl. 21%. We konkluderen hieruit, dat de omvang van de geregistreerde psychosociale morbiditeit in ons registratie-onderzoek kennelijk vergelijkbaar is met die uit andere huisartspraktijken.

De belangrijke hulpverleningspositie van de huisarts op psychosociaal terrein komt vooral naar voren, wanneer we ons realiseren dat de AGGZ-buro's in de loop van een jaar slechts met 0.8% van deze dorpsbevolking contact heeft gehad. Hoewel de huisartsen volgens de AGGZ-registratie een belangrijke verwijsgroep vormt, moeten we anderzijds konkluderen dat slechts een uiterst beperkt gedeelte van de psychosociale problematiek in de huisartspraktijk naar de AGGZ wordt doorverwezen. Bij bijna alle psychosociale klachten werd door de huisarts zelf hulp verleend, waarbij slechts in één vijfde van de gevallen een psychofarmaceutische behandeling werd toegepast.

Ondanks deze centrale positie van de huisarts en diens brede bereik naar de bevolking, konstateren we dat de geregistreerde psychosociale klachten in de huisartspraktijk een 'TOP VAN DE IJSBERG-FENOMEEN' weerspiegelen. De beide aspecten van dit fenomeen, nl. het beperkte gedeelte van de psychosociale ijsberg dat zichtbaar wordt alsook de invloed van sociale selectieprocessen, komen in dit hulpzoekgedrag naar voren.

Gaan we uit van de psychosociale ijsberg, zoals we die in hoofdstuk 7 op basis van het bevolkingsonderzoek hebben gedefinieerd en geoperationaliseerd, dan blijkt dat slechts 36% van degenen met psychosociale nood psychosociale klachten bij de huisarts heeft gepresenteerd. Het merendeel van deze psychosociale nood komt dus niet bij de huisarts terecht. Anderzijds bleek dat ook velen waarbij volgens het bevolkingsonderzoek slechts in geringe mate sprake was van psychosociale problematiek, zich met een of meerdere psychosociale klachten tot de huisarts hebben gewend. Zou men de ondersteunende rol van de huisarts willen beperken tot die gevallen, waarbij sprake is van psychosociale nood, dan zou dit kunnen wijzen op een 'over-konsumptie' door bepaalde subgroepen. De lage drempel van de huisarts kan hiertoe hebben bijgedragen. Het voornoemde resultaat kan ook verwijzen naar 'fout-negatieven' in onze signaleringsstrategie binnen het bevolkingsonderzoek, met andere woorden een lage sensitiviteit. Het is denkbaar dat bij deze groep in feite meer en ernstiger problematiek aanwezig was dan wij via het interview en de vragenlijsten boven water hebben kunnen krijgen. Het verdient aanbeveling om in een vergelijkend onderzoek na te gaan of een andere selectie van probleemindikatoren een grotere sensitiviteit zou kunnen opleveren in dit type onderzoek. Anderzijds kan men in het veelvuldig contact van de huisarts met lichtere vormen van levensproblematiek ook een belangrijke preventieve rol zien, die de huisarts in een dorpsgemeenschap ten opzichte van de bevolking vervult.

Hoewel er tussen de psychosociale noodgroep, respectievelijk de probleemgroep enerzijds en de rest van de steekproef anderzijds geen significante verschillen aanwezig waren in het percentage personen dat psychosociale klachten presenteerde, vonden we bij de beide eerstgenoemde groepen gemiddeld wel een groter aantal psychosociale klachten per persoon (twee à driemaal zoveel). Dit wijst er op dat de aanwezigheid en ernst van

psychosociale nood waarschijnlijk vooral consequenties heeft voor de frequentie waarmee men met de huisarts over dergelijke problemen praat, gesteld dat er op dit vlak reeds een contact met de huisarts bestaat.

Een andere indicatie voor het 'top van de ijsberg'-fenomeen vormt de hoogte van de variantie in het klachtgedrag, dat door de probleemindikatoren kan worden verklaard. De GLOBALE PROBLEEMINDEX verklaart niet meer dan 9% van de verschillen in het aantal geregistreerde psychosociale klachten. De VEOG is verreweg de beste prediktor (20%), terwijl andere probleemindikatoren, zoals de ALG-PROB en de BIOPRO, hieraan slechts weinig of niets bijdragen. Evenals Greenley en Mechanic (1976) hebben aangetoond, wordt de hulp van de huisarts meestal pas ingeroepen wanneer de psychosociale problematiek gepaard gaat met lichamelijk onwelbevinden. Voor het publiek domineert de mediese invalshoek in de huisartspraktijk sterk, ook als het gaat om psychosociale problematiek.

De lokale huisarts had op basis van zijn praktijkervaringen eveneens de indruk dat veel mensen met psychosociale problemen zich in eerste instantie tot hem wenden om 'iets te krijgen tegen' de lichamelijke hinder, die de problemen subjectief bij hen oproepen. De aard van de problematiek, respectievelijk de aard van de symptomen representeren dus al een eerste sociale selectiefactor in het hulpzoekgedrag. Mensen die in psychosociale nood verkeren, maar daarbij weinig of geen somatische klachten ontwikkelen, missen daarmee als het ware een legitimatie om de hulp van de huisarts te kunnen inroepen bij het oplossen van hun problemen.

In tegenstelling tot de veronderstelling welke in de ziektegedragstudies domineert, en in overeenstemming met HYPOTHESE 4 vonden we geen rechtlijnig maar een KROMLIJNIG VERBAND (S-vormig) tussen de aanwezigheid en ernst van psychosociale problemen enerzijds en het zoeken van professionele hulp anderzijds. De kans op psychosociale klachten in de huisartspraktijk neemt in eerste instantie toe waar de probleemindikatoren de overgang aanduiden van de afwezigheid van psychosociale problematiek naar de aanwezigheid ervan - ongeacht de mate van ernst van deze problematiek. Vervolgens blijft het klachtengemiddelde min of meer stabiel, ondanks een toename in de hoogte van de probleemscores. Wanneer de ernst van de problematiek een bepaalde ernstgraad overschrijdt, neemt het gemiddeld aantal psychosociale klachten bij de huisarts snel toe. Dit resultaat sluit aan op de kanttekeningen die Van Dijkhuizen (1980) en Kleber (1982) onlangs hebben gemaakt omtrent de relatie tussen stressoren en de waarschijnlijkheid van bepaalde stress-reacties. Ook zij wijzen erop dat er in de literatuur vaak ten onrechte van een lineair verband wordt uitgegaan, terwijl er duidelijke aanwijzingen bestaan voor de aanwezigheid van kromlijnige verbanden. Zo kunnen de lage korrelaties, die in de literatuur nogal eens gevonden worden tussen probleemindikatoren en hulpzoekgedragingen, waarschijnlijk voor een deel worden teruggevoerd tot het verwaarlozen van de kromlijnigheid van dit verband.

We hebben in dit hoofdstuk eveneens aangetoond dat de presentatie van psychosociale klachten, respectievelijk de registratie hiervan door de huisarts, overeenkomstig HYPOTHESE 7, een samenhang vertoont met SOCIAAL-PSYCHOLOGIESE KENMERKEN. Tezamen leveren zij een verklaarde variantie op van 15%, en voegen 5.4% toe aan de verklaring op grond van de VEOG. We hebben de gevonden samenhangen in tabel 9.13 samengevat.

We zijn in eerste instantie uitgegaan van de theorie van Fishbein omtrent de relatie tussen houdingen en sociale normen ten aanzien van een specifiek gedrag en het feitelijke

Tabel 9.13 Overzicht van de belangrijkste sociaal-psychologische en demografische kenmerken die in dit onderzoek blijken samen te gaan met een gemiddeld lager, respectievelijk hoger aantal psychosociale klachten in de huisartspraktijk bij de aanwezigheid van psychosociale problematiek.

GEEN/WEINIG PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK	CONTINUUM	VEEL PSYCHOSOCIALE KLACHTEN IN DE HUISARTSPRAKTIJK
<ul style="list-style-type: none"> - negatieve houding t.a.v. hulpzoeken in het algemeen - positieve houding t.a.v. zelfoplossen - men is gewend persoonlijke problemen zelf op te lossen zonder hulp van anderen - subjectieve sociale normen t.a.v. problemen voor zichzelf houden en er niet met anderen over praten, is positief - men is gewend om voor persoonlijke problemen hulp te zoeken van vrienden, familie of collega's - men is minder geneigd om op problemen met lichamelijk onwelbevinden te reageren - er weinig of geen contacten met de huisarts bestaan op basis van (strikt) somatische aandoeningen - men geneigd is om hulpzoeken bij huisarts voor persoonlijke problemen in een cyclus van opeenvolgende hulpzoekreacties een 'latere' plaats te geven - subjectieve sociale normen t.a.v. het hulpzoeken bij de huisarts voor persoonlijke problemen (zeer) negatief zijn - negatieve houding ten aanzien van het gebruik van psychofarmaka - men eerder geen of slechts zelden psychofarmaka heeft gebruikt - jongere vrouwen - ongehuwden - personen met 0 of 1 kind - ww-ers en wao-ers - personen met weinig binding aan kerk of godsdienst - autochtonen 		<ul style="list-style-type: none"> - positieve houding t.a.v. hulpzoeken in het algemeen - negatieve houding t.a.v. zelfoplossen - men is niet gewend om persoonlijke problemen zelf op te lossen zonder hulp van anderen - subjectieve sociale normen t.a.v. problemen voor zichzelf houden en er niet met anderen over praten, zijn negatief. - men is niet gewend om voor persoonlijke problemen hulp te zoeken bij vrienden, familie of collega's - men sterk geneigd is om op problemen met lichamelijk onwelbevinden te reageren - er een relatie met de huisarts bestaat op grond van (strikt) somatische aandoeningen - men geneigd is om hulpzoeken bij de huisarts voor persoonlijke problemen in een cyclus van opeenvolgende hulpzoekreacties een 'eerdere' plaats te geven - subjectieve sociale normen t.a.v. het hulpzoeken bij de huisarts voor persoonlijke problemen (zeer) positief zijn - positieve houding ten aanzien van het gebruik van psychofarmaka - men al vaker psychofarmaka heeft gebruikt - personen in de middenleeftijd (45-54 jr.) - gehuwden - personen met een groter aantal kinderen - in de ziektewet - personen met een sterke binding aan kerk of godsdienst - allochtonen

gedrag zelf. De variabelen die we in overeenstemming met Fishbein's theorie hebben gekonstrueerd, leveren tezamen nog geen 2% verklaarde variantie op. Deze komt bovendien geheel voor rekening van de subjektieve sociale normen. Het ontbreken van een relatie met de houding ten aanzien van het hulpzoeken bij de huisarts bleek niet noodzakelijk in strijd te zijn met Fishbein's theorie, aangezien deze bij de overgrote meerderheid van de steekproef positief is. We hebben voorts de indruk dat het gebruik van Likert-items (opvattingen-lijsten) tot een betere gedragsprediktie zouden kunnen leiden dan de meer direkte meting van de houding via semantische differentiaal-items.

Minstens voor dit type cross-sektioneel onderzoek, vormen de variabelen in Fishbein's theorie, in onze opvatting, een te beperkte basis om tot een redelijke gedragsprediktie te komen. Het onderzoek ondersteunt de zogenoemde andere variabelen-benadering in de literatuur over de relatie tussen houdingen en gedrag (zie par. 5.3). Ten eerste bleek het klachtgedrag ook samen te hangen met de beschikbaarheid van de hulpbron in de vorm van contact met de huisarts op grond van strikt somatische klachten. Bovendien vonden we een samenhang met diverse indicatoren voor hulpzoekgewoonten. Ongeacht de houding blijkt de mate waarin men in het verleden gebruik gemaakt heeft van diverse hulpbronnen bij persoonlijke problemen, veel van de verschillen in het klachtgedrag bij de huisarts te kunnen verklaren.

Uit de gevonden relaties kunnen we tevens de konklusie trekken dat het klachtgedrag zowel samenhangt met een meer algemene geneigdheid tot hulpzoeken als met factoren die aan een specifieke hulpzoekrichting zijn verbonden. Dit bleek zowel uit de relaties met de houdingen, normen als gedragsgewoonten. Het onderzoek ondersteunt daarmee de validiteit van Gurin's model (par. 5.4.3) waarbij in het hulpzoekproces een onderscheid gemaakt wordt tussen deze algemene en specifieke beslissingsaspecten.

Voorts kwam ook in de relaties met sociaal-psychologische kenmerken naar voren dat de mediese invalshoek een belangrijke diskriminerende stimulus vormt in de beslissing al dan niet hulp te zoeken bij de huisarts voor persoonlijke problemen. Zowel uit de relatie met de houding als met de gedragsgewoonte blijkt dat mensen zich eerder tot de huisarts wenden met psychosociale klachten, naarmate zij minder bezwaren hebben tegen en meer ervaring hebben met het gebruik van psychofarmaka. Ook de eerder besproken samenhang met de presentatie van somatische klachten wijst in deze richting.

We vonden slechts zeer zwakke aanwijzingen dat het gebruik van informele hulp mogelijk preventief werkt op de behoefte aan de hulp van de huisarts. Dit bleek alleen het geval voorzover men in probleemsituaties een beroep doet op het informele circuit van vrienden, familie en kollega's.

De SOCIAAL-DEMOGRAFIESE VARIABELEN vertonen slechts weinig relaties met de presentatie van psychosociale klachten in de huisartspraktijk (4.5% verkl. var.). Bovendien voegen zij vrijwel geen extra verklaring toe aan die welke reeds is gegeven op grond van de probleemindicatoren en de sociaal-psychologische kenmerken. Op zichzelf wijst dit erop, dat de huisarts, enkele uitzonderingen daargelaten, met een brede reeks van sociale categorieën in de bevolking contact heeft op het vlak van de psychosociale problematiek. Hoewel dit als een voordeel kan worden beschouwd uit het oogpunt van een brede bereikbaarheid, gaat hierachter toch een duidelijke sociale selectie schuil. Immers, eerder hebben we aangetoond dat de verdeling van ernstige psychosociale problematiek, respektie-

velijk van psychosociale nood in de bevolking wel sterk is gerelateerd aan sociaal-demografische kenmerken. We constateren dan ook, dat de meeste risikogroepen, die we in het bevolkingsonderzoek hebben gelokaliseerd, zich in de huisartspraktijk niet onderscheiden door een hoger percentage personen met psychosociale klachten, respectievelijk een hoger klachtgemiddelde.

We moeten dus conkluderen dat in de huisartspraktijk wel veel psychosociale problematiek zichtbaar wordt, maar dat deze vorm van psychosociale hulpverlening kennelijk nog weinig is afgestemd op die groepen in de gemeenschap die dergelijke hulp waarschijnlijk het meeste nodig hebben, gezien de ernst van hun problematiek volgens het bevolkingsonderzoek. In het algemeen ondersteunen de resultaten HYPOTHESE 6 over de aanwezigheid van sociale selectie in het zoeken van hulp (bij de huisarts).

Dit resultaat kan belangrijke consequenties hebben voor de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Ten eerste kan dit betekenen dat deze afstemming op de behoefte aan psychosociale zorg in de bevolking als thema een plaats zou moeten krijgen in de zich ontwikkelende konsultatierelaties tussen de AGGZ en huisartsen. Ten tweede blijkt hieruit dat ook de registratiegegevens uit de huisartspraktijk slechts een beperkte waarde hebben voor de preventieve AGGZ om te gebruiken als signaleringsbron voor het lokaliseren van risikogroepen. Kennelijk zijn hiervoor ook gegevens nodig welke meer direct verwijzen naar de spreiding van psychosociale nood in de bevolking. Tenslotte betekent dit dat de sociale selectie in de gang naar de huisarts doorwerkt in de registratiegegevens van de AGGZ. Landelijk gezien vormt de huisarts immers een van de belangrijkste verwijzers naar de AGGZ.

We besluiten met een kanttekening bij de hiervoor genoemde percentages verklaarde variantie. Aangezien niet alle variabelen van intervalniveau zijn en er tevens scheve verdelingen voorkomen, kan dit vertekeningen opleveren in de hoogte van deze percentages. We beschouwen hen dan ook niet zozeer als een exakte schatting, maar als globale indicaties voor de betekenis van de verschillen in psychosociale problematiek, in sociaal-psychologische en demografische kenmerken voor de presentatie van psychosociale klachten bij de huisarts.

Deze studie is uiteindelijk tot een omvangrijk boekwerk uitgegroeid. Zij bevat dan ook een grote hoeveelheid aan informatie, welke deels voortkomt uit literatuuronderzoek, deels uit theoretische reflecties op eigen praktijkervaringen en deels uit - door de auteur zelf uitgevoerd- empiries onderzoek. Het is uiteraard niet mogelijk in dit afsluitend gedeelte al deze informatie nog eens op een rij te zetten. We zullen ons beperken tot een overzicht van de belangrijkste kernthema's en konklusies, waaraan we enkele nabeschouwingen verbinden.

In de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) voltrekken zich de laatste jaren een aantal belangrijke veranderingen. Twee hiervan vormen de achtergrond van waaruit de hier gepresenteerde studie is geschreven. Het betreft de regionalisering van de AGGZ in de vorm van het oprichten van de zogenoemde RIAGG's, en de ontwikkeling van een preventieve sektor binnen deze AGGZ-instellingen. Beide ontwikkelingen worden gekenmerkt door een bevolkingsgerichte oriëntatie, in tegenstelling tot de uitsluitend patient-gerichte oriëntatie binnen de traditionele hulpverlening. Onze studie houdt zich bezig met de vraag hoe AGGZ-instellingen hun preventieve en kuratieve zorg zo goed mogelijk kunnen doen aansluiten bij de behoeften aan dergelijke zorg in de bevolking. Een goede afstemming van het hulpaanbod op de hulpbehoefte vergt van de professionele zorg echter dat zij meer dan voorheen inzicht verwerft in de psychosociale problematiek zoals deze zich in de bevolking voordoet, in de wijze waarop men daar in de natuurlijke kontekst mee omgaat, resp. daarvoor hulp zoekt, en hoe behoefte aan professionele hulp en het feitelijk gebruik daarvan ontstaat. Voor de AGGZ als tweedelijns instantie komt daar nog bij dat er meer inzicht nodig is in hetgeen er binnen de eerste lijn aan psychosociale hulp wordt geboden of mogelijk zou zijn.

Aan het vergroten van deze inzichten hebben wij een bijdrage trachten te geven door:

- een reflectie op de rol van informatie bij het oplossen van werkproblemen in de AGGZ en de betekenis van de sociale epidemiologie als informatiebron
- de ontwikkeling van een noodzakelijk begrippenkader
- een inventarisering van bruikbare signaleringsmethoden en -strategieën
- een bespreking van theoretische modellen omtrent hulpzoekgedrag
- een overzicht van relevante gegevens uit de sociaal-epidemiologische literatuur omtrent het voorkomen van psychosociale nood en hulpzoekgedrag
- de uitvoering van een survey-onderzoek ten behoeve van een AGGZ-instelling naar het voorkomen van psychosociale problematiek en hulpzoekgedrag in een dorpsgemeenschap en
- een registratie-onderzoek naar de psychosociale klachten in een huisartsenpraktijk

Uitgangspunt van HOOFDSTUK 1 vormt de opvatting dat de kwaliteit van de professionele zorg voor geestelijke volksgezondheid afhankelijk is van de wijze waarop problemen worden opgelost en besluiten worden genomen, en dus uiteindelijk afhangt van de kwaliteit van de informatie die daarbij wordt gebruikt. De kwaliteit van handelen kan verbeterd worden door de kwaliteit van de 'informatie-huishouding' te verhogen. We hebben het belang hiervan reeds elders toegelicht (Hosman en Brinxma, 1978, Hosman, 1982a). Het doelgericht werken met systemen voor het produceren en gebruiken van beleidsondersteunende informatie is binnen de AGGZ een nog weinig ontwikkeld gebied. We hebben in dit hoofdstuk de betekenis besproken die de SOCIALE EPIDEMIOLOGIE kan hebben voor een kwaliteitsverbetering van deze informatie-huishouding. Om van de sociale epidemiologie op dit punt een wezenlijke bijdrage te kunnen verwachten, is een goede afstemming op de in de praktijk levende informatiebehoeften een voorwaarde. Juist hieraan heeft het in de traditionele 'akademische' epidemiologie van de psychische stoornissen vaak ontbroken. Om greep te krijgen op informatiebehoeften hebben we ons gebaseerd op een fase-theoretische benadering van het proces van probleemoplossen. In elke fase van dit proces speelt informatie een belangrijke rol, de aard van de benodigde informatie verschilt echter van fase tot fase. Dit geldt zowel voor de ontwikkeling van een algemeen instellingsbeleid, als voor een specifiek preventieproject. Uitgaande van een dergelijke fase-indeling en de daarin onderscheiden informatiebehoeften (fig.1.2 pag.13), hebben we de sociale epidemiologie onderverdeeld in probleem-analytisch onderzoek, strategie-ondersteunend onderzoek en evaluatie-onderzoek. In ieder van deze gebieden is een verdere onderverdeling aangebracht.

We pleiten voor een dynamisch spanningsveld tussen een 'sociaal-epidemiologische benadering' en een 'benadering vanuit de praktijk', waarbij elk van beide de tekorten van de andere benadering kan bijsturen en aanvullen. De sociaal-epidemiologische benadering is geenszins een panacee voor de veelsoortige problemen in de AGGZ. In nauwe wisselwerking met de praktijk, kan zij echter wel een ondersteunende en kritische rol vervullen.

In HOOFDSTUK 2 hebben we het informatievraagstuk toegespitst op problemen rond de afstemming van het hulpaanbod op de hulpbehoeften in preventieve en kuratieve zin. Een belangrijk referentiekader bij deze bespreking vormen de ideeën van de Amerikaanse 'Community Mental Health Movement' (Bloom, 1973; Golann en Eisdorfer, 1972), en de literatuur over 'needs assessment' en 'program evaluation' (o.a. Attkisson et al., 1978; Coursey, 1977). Gezien de wijze waarop de AGGZ zich in het verleden naar de bevolking heeft opgesteld - n.l. in een louter afwachterende rol - mogen we aannemen dat zij de behoefte aan haar hulp, impliciet of expliciet, heeft gedefinieerd als: het feitelijk aantal cliënten dat binnen een bepaalde tijdsperiode op haar een beroep doet. Aan een toename of afname van het aantal cliënten, de aard van hun problemen, en de omvang van een wachtlijst, werd de behoefte aan professionele hulp afgemeten. Tegen de achtergrond van de regionalisering en de twijfels over de overeenkomst tussen feitelijke hulpvraag en behoefte aan professionele zorg, voldoet dit behoefte-koncept echter niet meer. Criteria voor een adequate afstemming op de behoefte aan AGGZ-hulp moeten daarom ook buiten de AGGZ zelf gezocht worden, namelijk binnen de bevolking en de eerstelijnszorg.

We hebben op twee manieren een bijdrage trachten te leveren aan de hantering van dit vraagstuk omtrent de aanbod-behoefte verhouding. Allereerst hebben we een aantal behoefte-begrippen besproken en deze in een samenhangend kader geplaatst (fig. 2.2, pag. 44). Daarbij is benadrukt dat bij het inschatten van de behoefte aan professionele hulp niet alleen individuele kenmerken van de potentiële hulpvragers moeten worden betrokken, maar ook de beschikbaarheid van informele hulp in de directe sociale omgeving.

Voortbouwend op de eerder genoemde fasen-theoretische benadering van informatie-behoeften, hebben we ook het proces van informatieverwerving zelf volgens een fasen-theoretisch model beschreven (fig. 2.3, pag. 47). Dit model kan in de praktijk dienst doen als een handleiding bij het oplossen van informatieproblemen. Het biedt dus ook een referentiekader bij het opsporen van informatie over aanwezige hulpbehoeften. Voorts hebben we een overzicht gegeven van de vele strategieën en methoden die daarbij kunnen worden gebruikt. Iedere strategie en methode heeft uiteraard haar beperkingen. Daarom is het raadzaam om bij behoefte-analyses een combinatie van methoden te gebruiken. We hebben toegelicht dat deze in een gelijktijdig-additieve of in een functioneel-sequentiele relatie ten opzichte van elkaar kunnen worden geplaatst. Via een reeks van afzonderlijke behoefte-analyses - ter ondersteuning van onderscheiden taken en projecten binnen een RIAGG - kan over een langere periode geleidelijk een totaalindruk van de regionale situatie ontstaan, met name over de adequaatheid van de aanbod-behoefte verhouding. Dit geheel duiden we aan met de term 'INTEGRALE BEHOEFTE-ANALYSE'.

Bij de bepaling van behoeften aan preventieve hulp speelt de signalering van risicogroepen en risikofactoren een belangrijke rol. Deze begrippen blijken echter op uiteenlopende wijzen te worden gebruikt. Dit geeft tot veel verwarring aanleiding en zelfs tot devaluatie van de risikobenadering. Willen we van deze benadering een ondersteunende bijdrage verwachten voor de preventie, dan is een meer gespecificeerd en nauwkeurer omschreven begrippenkader nodig.

In HOOFDSTUK 3 hebben we daartoe een bijdrage geleverd door een reeks van risikogebieden te beschrijven en deze een plaats te geven in een procesmatige beschrijving van de risico-analyse, en de ontwikkeling en uitvoering van een preventieproject. Uit de literatuurbespreking van een aantal lokaliserende risico-indicatoren bleek dat er bij de volgende bevolkingsgroepen sprake is van een relatief hoger risico op psychosociale stoornissen van niet-psychotiese aard: lichamelijk zieken en invaliden, gescheiden levenden (m.n. éénoudergezinnen), ouderen (65+), vrouwen, mensen uit lagere sociaal-ekonomische groeperingen, werklozen, arbeidsongeschikten, ploegenarbeiders en mensen die in stedelijke gebieden wonen. Hoewel de psychosociale risico's in deze groepen significant hoger zijn, is de identifikatiewaarde van deze indicatoren betrekkelijk laag. Om risikogroepen te selekteren ten behoeve van preventieprojecten verdient het daarom aanbeveling om een risikogroep via meerdere risico-indicatoren te definiëren.

In deze studie zijn we van de veronderstelling uitgegaan dat de behoefte aan professionele hulp afhankelijk is van de mate waarin informele hulp beschikbaar en toegankelijk is. Bij de bepaling van het risico op psychosociale nood vormt dus ook deze beschikbaarheid en toegankelijkheid een risikofactor. Verbetering van de mogelijkheid tot informele hulp vormt een bijdrage aan de primaire preventie. Ook belemmeringen in de beschikbaarheid en toegankelijkheid van psychosociale hulpverlening binnen de eerste lijn kunnen als een risikofactor worden aangemerkt. Het wegnemen van deze belemmeringen voor degenen die deze hulp nodig hebben, vormt een bijdrage aan de secundaire preventie. Voor de intake bij AGGZ-instanties zou dit kunnen betekenen, dat men bij de diagnostiek niet alleen stoornissen in de persoon of diens gezin betreft, maar ook systematies nagaat of de mogelijkheden van informele hulp of eerstelijns hulp voldoende zijn benut. Dit kan waardevolle signalen opleveren voor een preventieve aanpak.

Tenslotte hebben we betoogd dat het opsporen van risikogroepen niet alleen relevant is voor de selectie van preventieve doelgroepen. Zij biedt tevens informatie voor het kuratieve beleid van de AGGZ, omdat in deze groepen de meeste behoefte aan kuratieve zorg mag worden verondersteld. Dit schept de mogelijkheid om de hulpverlening - b.v. via veldteams - specifieker af te stemmen op die groepen waar de behoefte aan professionele hulp het grootst is.

We hebben reeds aangestipt dat er twijfels bestaan omtrent de mate waarin de feitelijke hulpvraag bij de AGGZ de omvang en de aard van de behoefte aan dergelijke hulp in de bevolking dekt. In de literatuur wordt dit vraagstuk beschreven aan de hand van de 'TOP VAN DE IJSBERG' - metafoer. In HOOFDSTUK 4 hebben we deze metafoer nader uitgewerkt en geven we een overzicht van de onderzoeksliteratuur over dit 'ijsberg-fenomeen'. De metafoer omvat een tweetal hypothesen omtrent de verhouding tussen hulpvraag en hulpbehoefte: (1) in de professionele hulpverlening wordt slechts een klein gedeelte van de behoefte aan professionele hulp zichtbaar, en (2) het al of niet ontvangen van dergelijke hulp is mede het resultaat van een proces van sociale selectie. Uit een overzicht van een groot aantal studies konkluderen we dat er inderdaad sprake is van een 'top van de ijsberg'-fenomeen. Het aantal behandelde psychosociale stoornissen vormt slechts een deel en vaak slechts een klein deel van het aantal stoornissen dat in de bevolking wordt aangetroffen op basis van epidemiologisch onderzoek.

Studies die 'opname' als criterium hanteren voor de 'top' laten zien, dat ernstige stoornissen, zoals psychosen, slechts in 20% van de gevallen zichtbaar worden in de intramurale GGZ. Deze konklusie is louter gebaseerd op Amerikaanse studies; voor ons land zijn geen vergelijkbare studies aanwezig. Breiden we het criterium uit tot de ambulante GGZ en de huisartsenpraktijk, dan zijn er wel studies uit Nederland en andere Europese landen beschikbaar. Bekijken we de studies over de AGGZ, dan blijkt het behandelde gedeelte te variëren tussen 5 en 38% van de psychosociale ijsberg. In de huisartsenpraktijk blijkt deze top tussen 10 en 50% te liggen. De konklusie over het bestaan van een ijsberg-fenomeen blijkt vooral gerechtvaardigd, omdat de aanwijzingen hiervoor overeind blijven, ondanks grote verschillen in typen studies en zelfs gevonden werden wanneer de analyse beperkt werd tot stoornissen van ernstige aard. Een aantal vraagtekens -zowel vanuit theoretisch als methodologisch oogpunt- blijft echter bestaan. Ten eerste, wanneer b.v. een persoon met ernstige psychosociale problematiek niet tot de zichtbare top behoort (b.v. geen cliënt van de AGGZ is), wil dat nog niet zeggen dat hij in het geheel geen hulp ontvangt. Bij het ijsberg-onderzoek zou daarom bij voorkeur het geheel van gebruikte informele en professionele hulpbronnen moeten worden onderzocht. Ten tweede, wanneer we voor de bepaling van de psychosociale ijsberg een ander (lager) ernst-kriterium hanteren dan voor cliënten van professionele hulpverleners (top) geldt, kunnen we tot oneigenlijke konklusies komen over ongedekte behoeften aan professionele hulp. In een aantal ijsbergstudies verschillen deze criteria. Ten derde, de betekenis van het ijsberg-fenomeen is afhankelijk van de inhoudelijke criteria, welke worden gebruikt om de aanwezigheid, resp. ernst van een stoornis vast te stellen. Diverse auteurs pleiten ervoor om in epidemiologisch onderzoek meer gedifferentieerde modellen te gebruiken om psychosociale nood en de behoefte aan professionele hulp (de ijsberg) vast te stellen, b.v. door ook de verwachte duur, de ervaren hinder in het dagelijks leven, het zelfbeeld en de beschikbare sociale ondersteuning bij de beoordeling te betrekken.

Hoewel er aan het ijsberg-onderzoek methodologische en theoretische problemen verbonden zijn, konkluderen we toch dat de metafoor van de 'top van de ijsberg' een bruikbaar concept is waarmee problemen rond de afstemming van het professionele hulpaanbod op de hulpbehoefte kunnen worden verhelderd. De gevonden resultaten lijken te impliceren dat de genoemde hulpsectoren slechts ten dele voldoen aan de behoefte in de samenleving aan professionele psychosociale hulp. Ze bieden kennelijk geen adequaat antwoord op het voorkomen van psychosociale nood als maatschappelijk probleem. Voor de AGGZ vormt dit een reden haar beleid dusdanig te wijzigen dat er een betere afstemming ontstaat op de behoefte aan professionele psychosociale hulp. Een dergelijke konklusie draagt wel het gevaar in zich van een steeds verdergaande professionalisering in de zorg voor het psychosociaal welzijn en dat is evenzeer een problematische ontwikkeling. In paragraaf 2.3.5 hebben we een aantal kondities besproken waaronder beide strevingen zich met elkaar laten combineren.

Vanuit de AGGZ zijn er vier strategieën mogelijk om het verschil tussen de geregistreerde kuratieve hulpvraag en een omvangrijkere behoefte aan dergelijke hulp op te heffen.

Deze zijn:

1. de AGGZ neemt zelf een groter aandeel voor haar rekening van de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp bij psychosociale nood
2. de AGGZ richt zich specifiek op die groepen en personen in de samenleving die haar professioneel-kuratieve hulp het meest nodig hebben
3. de AGGZ bevordert dat andere instanties, b.v. de eerste lijn, voorzien in de nog niet-gedekte behoefte aan professioneel-kuratieve hulp
4. de AGGZ tracht de behoefte aan professioneel-kuratieve hulp te verminderen middels preventieve activiteiten

Factoren die van invloed zijn op het al dan niet zoeken van (professionele) hulp, respectievelijk op de richting van het hulpzoeken, worden in HOOFDSTUK 5 besproken. Het lijkt aannemelijk dat het gebruik van professionele hulp mede beïnvloed wordt door structurele kenmerken en functioneringswijzen van de hulpverleningsinstanties en hulpverleners. We hebben deze invloed slechts indirect onderzocht en ons beperkt tot de demografische en sociaal-psychologische kenmerken van de potentiële hulpvrager en diens omgeving. Het doel van dit hoofdstuk is tweeledig, ten eerste, nagaan of dergelijke factoren op het hulpzoekgedrag van invloed zijn, waardoor sprake zou zijn van sociale selectie (Greenley en Mechanic, 1976), en ten tweede, het integreren van dergelijke factoren in één theoretisch model.

De literatuurstudie bevestigt de aanwezigheid van sociale selectieprocessen in het hulpzoekgedrag. Vrouwen zijn eerder geneigd tot hulpzoeken dan mannen. In vergelijking met de hogere SES-groepen zoeken de lagere SES-groepen minder informele én professionele hulp als reactie op ernstige psychosociale problematiek of stellen dit hulpzoeken langer uit. Dit geldt met name voor het gebruik maken van AGGZ-hulp. Het hulpzoeken lijkt af te nemen met het toenemen van de leeftijd. Voorts wordt in steden vaker professionele hulp gezocht als reactie op dergelijke problematiek dan op het platteland. Voorbeelden van sociale selectie in de keuze van de hulpzoekrichting. Er wordt vaker bij een pastor hulp gezocht naarmate de binding met een kerkgenootschap sterker is; in kleinere plattelandsgemeenten speelt de huisarts een grotere rol als psychosociale hulpverlener dan in de grote steden.

Voor zover hulpzoekstudies van expliciete sociaal-psychologische verklaringsmodellen uitgaan, kunnen we deze onderscheiden in twee typen, n.l. modellen over ziekte-en gezondheidsgedrag en de zogenaamde fasenmodellen van het hulpzoeken. Wat betreft de modellen van het eerste type, hebben we het 'Health Belief Model' (Becker, 1979) en het ziektegedrag-model van Andersen (1968) besproken. Ziektegedragstudies bestuderen het hulpzoeken vanuit een overwegend cognitief verklaringsmodel ('expectancy-value'-benadering). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat het ziektegedrag, i.c. hulpzoekgedrag, afhankelijk is van enerzijds de subjectieve bedreiging van het welzijn (konsumptienoodzaak) en anderzijds van het totaal aan subjectieve voordelen, kosten en belemmeringen bij uitvoering van het gedrag. De voordelen kunnen bestaan uit een verwachte verbetering van het welzijn en de verwachte emotionele nabijheid of de verwachte deskundigheid van een hulpverlener. De kosten kunnen o.m. de zogenaamde 'ego-kosten' inhouden, d.w.z. de mate waarin de noodzaak tot hulpzoeken als een bedreiging van een positief zelfbeeld wordt ervaren.

Dit kan samenhangen met de mate waarin het zoeken van hulp, met name professionele hulp, tot stigmatisering leidt. We hebben in deze studie overigens geen uitvoerige analyse gemaakt van de vele typen opvattingen die bij een grote reeks van uiteenlopende hulpzoekgedragingen een rol zouden kunnen spelen.

Hoewel de ziektegedrag-modellen wel de nodige aantrekkelijkheid bezitten vanwege hun duidelijkheid, de bestaande empiriese ondersteuning en hun geschiktheid als theoretische basis voor interventiestrategieën (b.v. voorlichting), blijken de studies die op dergelijke modellen geënt zijn doorgaans niet meer dan 10 à 20% van de verschillen in het gedrag te verklaren. Om deze reden hebben we ons verdiept in de relatie tussen opvattingen, houdingen en gedrag. We hebben ons daarbij met name laten leiden door de houding-gedrag-theorie van Fishbein (Fishbein en Ajzen, 1975). In de studies overeenkomstig zijn value-expectancy-model komt men namelijk doorgaans tot veel hogere verklaarde varianties. Naast methodologische verbeteringen in dergelijke studies, presenteert Fishbein in zijn model het volgende onderscheid in gedragsbepalende factoren: houdingen ten aanzien van een specifiek gedrag welke gebaseerd zijn op een aantal opvattingen over de gevolgen daarvan; de subjectieve sociale normen ten aanzien van dat gedrag en de neiging om zich aan die normen te konformereren. Op basis van een kritiese bespreking van Fishbein's model en van daarop gebaseerd onderzoek, kwamen we onder meer tot de konklusie dat waarschijnlijk ook andere variabelen dan de hiervoor genoemde bij de totstandkoming van gedrag een rol spelen. Door sommige auteurs wordt in dat kader gewezen op eigen bijdrage van 'gewoonten en vaardigheden' aan de gedragsprediktie. Voorts hebben we benadrukt dat in de ziektegedrag-modellen en in Fishbein's model ten onrechte wordt uitgegaan van een rechtlijnige relatie tussen de ervaren ernst van de problematiek en de houding t.a.v. het gedrag enerzijds, en de waarschijnlijkheid dat het gedrag op zal treden anderzijds. Er zijn diverse aanwijzingen dat dergelijke relaties kromlijnig van aard zijn.

We hebben al gesteld dat er in de hulpzoekstudies twee typen verklaringsmodellen kunnen worden onderscheiden. Hiervoor bespraken we de modellen over ziekte- en gezondheidsgedrag. Modellen van het tweede type onderscheiden zich door de fasering die zij in het hulpzoekproces aanbrengen. Zij leggen dit proces uiteen in meerdere opeenvolgende beslissings- en gedragsfasen, waarbij de gevolgen van een eerder gedane keuze invloed kunnen hebben op een daarop volgende fase. De behoefte aan hulp voor ervaren problemen kan een hele cyclus van opeenvolgende hulpzoekreacties teweeg brengen. Op iedere fase is een andere combinatie van voorspellende en verklarende variabelen van invloed. We hebben in hoofdstuk 5 achtereenvolgens de fasenmodellen van Philipsen (1968), Gurin et al. (1960) en van Levin en Roberts (1976) besproken. We hebben met name aan het model van Gurin et al. aandacht besteed, omdat zij het hulpzoeken in een breder kader plaatsen n.l. dat van een probleemoplossend proces. Hierin moet een bepaald hulpzoekgedrag concurreren met andere probleemoplossende gedragingen. Uitgaande van deze gedachtengang beschrijven zij een typologie van probleemoplossende gedragingen, die we in ons eigen empiries onderzoek hebben betrokken. Een dergelijke typologie is van belang voor de bestudering van het ijsberg-fenomeen, omdat zij een mogelijke invulling biedt voor hetgeen zich b.v. bezien vanuit de positie van de AGGZ- in het onzichtbare deel van de psychosociale ijsberg afspeelt.

Zowel in het fasenmodel van Gurin et al., als in diverse andere studies die in dit hoofdstuk worden besproken, vinden we aanwijzingen dat mensen verschillen in de mate waarin zij in het algemeen geneigd zijn om in probleemsituaties de hulp van anderen in te roepen. We spreken van een vermogen tot hulpzoeken, dat een belangrijke voorwaarde is voor het behoud of herstel van het psychosociaal welbevinden. We hebben ons daarbij mede gebaseerd op de studies van Jourard (1959,1971) over 'self disclosure'.

Uit onze literatuurstudie kwam voorts overtuigend naar voren dat er van de beschikbaarheid van sociale kontakten en informele ondersteuningsmogelijkheden een belangrijke preventieve werking uitgaat op het ontstaan van psychosociale nood en op de behoefte aan professionele hulp. Naarmate bij ernstige problematiek vaker gebruik werd gemaakt van hulpzoekmogelijkheden in de informele sfeer, werd er minder beroep gedaan op professionele hulp. Deze resultaten zijn in overeenstemming met de theoretische opvattingen zoals die o.m. door Gerald Caplan ten behoeve van de preventieve GGZ zijn geformuleerd (Caplan,1974;Caplan en Killilea,1976;van Lanschot,Hubrecht e.a.,1978). We vonden echter ook enkele tegengestelde resultaten, n.l. een positieve samenhang tussen het gebruik van informele en professionele hulp. Beide zouden afhankelijk zijn van de mate van sociabiliteit,vrij vertaald: het vermogen tot hulpzoeken. Versterking van het vermogen tot het zoeken van informele hulp, zou daardoor kunnen leiden tot een frekwenter beroep op professionele hulp.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met de beschrijving van een theoreties model. (fig.5.8, pag.163). Hierin wordt het hulpzoekgedrag afhankelijk gesteld van: de subjectieve aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek, opvattingen en houdingen ten aanzien van diverse probleemoplossende reacties en met name hulpzoek-reacties, vaardigheden en gedragsgewoonten, de subjectieve sociale normen ten aanzien van deze gedragingen, de konformeringsgeneigdheid en de beschikbaarheid van ondersteunende kontakten. Demografiese kenmerken en persoonskenmerken worden geacht een indirecte invloed te hebben op het gedrag, en wel via de hiervoor genoemde variabelen. Gezien de resultaten van eerdere studies lijkt het raadzaam in onderzoek ook hun directe relatie met het gedrag te onderzoeken. Factoren als opvattingen,houdingen, gewoonten en subjectieve sociale normen worden in dit model opgevat als het resultaat van een sociaal leerproces, met name van eerdere ervaringen met dezelfde of met verwante gedragingen. In de ervaren gevolgen van gedrag weerspiegelen zich ook de reacties van de omgeving op het eerdere gedrag. De hier veronderstelde feed-back cyclus verwijst enerzijds in meer algemene zin naar een langdurig socialisatieproces, en anderzijds naar de opeenvolging van een reeks meer of minder effectieve probleemreacties op een actuele probleemervaring.

Deel II van dit boek geeft een verslag van een sociaal-epidemiologies onderzoek i een kleine plattelandsgemeente binnen een plattelandsregio van de AGGZ. Dit onderzoek valt uiteen in een survey-onderzoek onder de bevolking en een registratie-onderzoek in de huisartspraktijk. Doel van het onderzoek was inzicht te verkrijgen in het voorkomen en de spreiding van psychosociale problemen resp.psychosociale nood in de bevolking,in de mate waarin hiervoor hulp gezocht wordt, in de aard van de gebruikte hulpbronnen, alsook in factoren die aan het hulpzoeken gerelateerd zijn.

Een nevendoelstelling was het opdoen van ervaring met signaleringsonderzoek en het uittesten van enkele specifieke signaleringsinstrumenten.

HOOFDSTUK 6 biedt allereerst een terugblik op de geschiedenis van het onderzoeksproject. Hierin wordt onder meer beschreven dat het project voortbouwt op een eerdere studie omtrent de relatie tussen de bevolking, de eerste lijn en de AGGZ, geïnitieerd door de toenmalige Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid (Hosman en Swarte, 1973a, 1973b; Hirs en Hosman, 1975). Laatstgenoemde studie was ook opgezet om een ondersteuning te bieden bij de op handen zijnde regionalisering van de AGGZ. Voorts omvat dit hoofdstuk de onderzoeksvragen en hypothesen, een karakteristiek van de onderzoeksgemeente en de omliggende regio, en een overzicht van de opzet en het verloop van het onderzoek. Er wordt uitvoerig stilgestaan bij de gebruikte onderzoeksinstrumenten. Een van de redenen hiervoor was dat ten tijde van de start van het onderzoek nog weinig geschikte onderzoeksinstrumenten aanwezig waren. Gedeeltelijk zijn de gebruikte instrumenten voor dit onderzoek ontworpen, gedeeltelijk hebben we ons gebaseerd op bestaande meetinstrumenten, waarover nog slechts in beperkte mate validiteitsgegevens beschikbaar waren. De studie omvat onder meer een verbeterde versie van de BIOPRO, een probleeminventarisatielijst ontworpen door Diekstra et al. (1977) en voorts enkele validiteitskontroles op de VOG (Dirken, 1969) en de Delftse Vragenlijst (Appels, 1974). Voor het meten van houdingen, gedragsgewoonten en sociale normen werden nieuwe instrumenten ontwikkeld. In deze retrospectieve studie wordt gebruik gemaakt van een korrelationeel analyse-design.

HOOFDSTUK 7 handelt over de prevalentie en spreiding van psychosociale problematiek en psychosociale nood in de onderzochte dorpsbevolking, en over het opsporen van risikogroepen. Uitspraken hierover blijken afhankelijk te zijn van de gebruikte indicatoren en criteria. Zo bleek de uitingsvorm van de problematiek te verschillen tussen diverse demografiese groeperingen. Wil men in epidemiologisch onderzoek uitspraken doen met betrekking tot het differentiële voorkomen van ernstige psychosociale problematiek, dan kan het gebruik van één enkele probleemindicator, bijvoorbeeld de VOG (Casse, 1973; Sociaal Cultureel Rapport, 1976), gemakkelijk tot vertekende uitspraken aanleiding geven. We hebben in onze studie dan ook gebruik gemaakt van een multiple indikator strategie en van de methodiek van de multiple snijpunt bepaling. Deze 'multiple benadering' compenseert de beperkingen van de afzonderlijke indicatoren. Gaan we uit van de totaal-indruk ('nogal wat'/'ernstig'), die de geïnterviewden zelf geven over het 'afgelopen jaar', dan komen we uit op 23%. Baseren we ons op de BIOPRO, dan heeft 40% in dat jaar met minstens één probleemgebied nogal wat of ernstige problemen ervaren en daarvan veel hinder ondervonden in het dagelijks functioneren. Betrekken we informatie uit alle probleemindicatoren, dan komen we op basis van een voorzichtige schattingsvariant uiteindelijk uit op een 'probleemgroep' van 37%. De categorie waarbij zeer waarschijnlijk sprake is (was) van 'psychosociale nood' en 'behoefte aan professionele hulp' schatten we op ongeveer 15%. Dit percentage komt redelijk overeen met hetgeen in een aantal andere epidemiologische studies werd gevonden. Bij deze schattingen is de beschikbaarheid van informele hulp buiten beschouwing gelaten.

Het bleek mogelijk om binnen de bevolking bepaalde risikogroepen te lokaliseren. Vooral opvallend bleek de sterke concentratie van psychosociale problematiek bij de groep jonge vrouwen met een progressieve oriëntatie en met een relatief hoger opleidingsnivo dan van andere vrouwen. We vinden in deze groep vooral veel relatieproblematiek, maar ook problematiek met de ontplooiingskansen en de leefsituatie in het dorp. Naar onze indruk neemt deze groep zowel getalsmatig als qua mentaliteit en invloed in het dorp een minderheidspositie in. Binnen een hechte dorpsgemeenschap krijgen zij waarschijnlijk onvoldoende ruimte een levensstijl op te bouwen overeenkomstig haar eigen opvattingen en behoeften. Mede onder invloed van de emancipatiebeweging zijn zij zich vermoedelijk sterker dan andere vrouwen bewust geworden van hun positie als vrouw en van de beperkingen op het doorbreken van traditionele rollenpatronen.

Voorts vonden we relatief meer psychosociale problematiek bij vrouwen in de hogere sociaal-ekonomiese groepen, terwijl dit bij de mannen juist in de lagere SES-groepen het geval bleek. Ook de categorieën arbeidsongeschikten, werkelozen en ploegenarbeiders bleken - overeenkomstig de bevindingen in de literatuur - een risikogroep te vormen. In tegenstelling tot deze literatuur en tot enkele verwachtingen van lokale sleutelfiguren vonden we géén aanwijzingen voor een hoger psychosociaal risico in de volgende categorieën: ouderen, huisvrouwen, vrouwen uit de lagere SES-groepen, alleenstaanden en mensen die in de agrarische sektor werkzaam zijn. Verklaringen voor deze afwijkende resultaten werden onder meer gezocht in de verschillen tussen stad en platteland. Zo is ernstige psychosociale problematiek onder oudere mensen waarschijnlijk vooral een kenmerk van de (grote) steden waar vervreemding en vereenzaming een sterkere rol spelen dan op het platteland.

We vonden geen ondersteuning voor hypothese 2, waarin verondersteld wordt dat - in het algemeen - de kans op ernstige problematiek toeneemt naarmate men over een kleiner sociaal netwerk beschikt en men minder sociale kontakten heeft. Een nadere specificatie leverde echter wel een bevestiging van deze hypothese op binnen de jongere leeftijdsgroepen, waar de meeste relatie problematiek aanwezig bleek. We vonden bovendien aanwijzingen dat de beschikbaarheid van sociale kontakten - over de gehele steekproef genomen - wel een interveniërende rol speelt tussen bestaande psychosociale problemen en de ontwikkeling van psychosociale stoornissen.

HOOFDSTUK 8 gaat over de resultaten met betrekking tot het voorkomen en de spreiding van hulpzoekgedragingen. Twee derde van de geïnterviewden is meestal geneigd om eigen problemen met anderen te bespreken, respectievelijk daarvoor hulp te zoeken in plaats van deze problemen geheel voor zich te houden. Faktoranalyties onderzoek toonde het bestaan aan van een 'Globale Hulpzoek Faktor'. Deze onderzoeksresultaten ondersteunen de modellen van Gurin et al.(1960) en Philipsen (1968), en eerdere bevindingen (Fischer en Turner,1970; Cortsjens,1976, Jourard, 1971, 1974). Deze auteurs gaan er van uit dat het al dan niet hulpzoeken een belangrijk psychologies keuzemoment vormt bij de verwerking van psychosociale problematiek, en dat mensen voor wat betreft hun gedragsstijl verschillen in de mate waarin zij in dergelijke situaties geneigd zijn een beroep te doen op de hulp van anderen. Aangezien we deze gedragsstijl als het resultaat van een sociaal leerproces beschouwen ligt hier een

aanknopingspunt voor de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Via preventieve interventies gedurende de opvoeding - thuis en op school - maar ook ten tijde van latere krisissituaties zou het vermogen tot hulpzoeken kunnen worden vergroot en daarmee het totale probleemoplossende vermogen van individuen, groepen en hun omgeving worden versterkt. Voor wat de scholen betreft zou dit een plaats kunnen krijgen in edukatieve programma's aan leerlingen en konsultatieprojecten voor leerkrachten, welke er op gericht zijn meer in het algemeen een sterk vermogen tot probleemoplossen te ontwikkelen.

Het onderzoek toont duidelijk aan dat hulpzoeken en hulpverleners primair een zaak is van mensen onderling en zich dus hoofdzakelijk afspeelt binnen de natuurlijke en niet-professionele kontekst van het direkte leefmilieu. Het gebruik van informele hulpbronnen stijgt, overeenkomstig de verwachting - ver uit boven het gebruik van professionele hulp. Hoewel tegenwoordig nogal eens over 'burenhulp' wordt gesproken blijkt dit in een dergelijke dorpsgemeenschap toch een weinig aantrekkelijk alternatief als het om problemen van meer persoonlijke aard gaat.

Voorts bleek men vaker een beroep op anderen te doen om informele hulp te krijgen, naarmate men ook vaker door anderen als informele hulpverlener werd uitgekozen (en vice versa). Dit resultaat ondersteunt hypothese 3, die ongeveer gelijkloidend is, en in overeenstemming met Jourard's bevindingen omtrent de wederkerigheid van het verschijnsel 'self disclosure'. Uit deze wederkerigheid en haar verankering in sociale netwerken, blijkt dat het hulpzoeken niet alleen gezien moet worden als een individueel gedrag in een specifieke probleemsituatie, maar tevens als een kenmerk van een sociaal systeem en daardoor ook als een meer duurzaam kenmerk. Voor wat de preventie betreft, wijst dit op het belang van meer systeem-gerichte interventies.

Wanneer het hulpzoekproces meerdere opeenvolgende reacties omvat, voldoen deze - in overeenstemming met hypothese 1 - doorgaans aan een specifieke volgorde. Over het algemeen wenden mensen zich eerst tot gezinsleden (of andere leefeenheid), in tweede instantie tot informele hulpverleners daarbuiten, vervolgens tot professionele hulpverleners in de eerste lijn, en uiteindelijk eventueel tot de meer gespecialiseerde hulpverleners in de tweedelijnszorg.

Te midden van de professionele hulpverleners bleek de centrale positie van de huisarts het meest opvallend. Veel mensen noemden hem spontaan als een belangrijke hulpverlener bij persoonlijke problemen. Meer dan de helft van de steekproef bleek in de afgelopen 10 jaar wel eens kontakt met hem te hebben gehad in verband met persoonlijke problemen. Qua ondersteuningspositie stijgt hij ver uit boven die van andere professionele hulpverleners. In veel gevallen wordt eerst op de huisarts een beroep gedaan, voordat men zich tot andere professionele hulpverleners wendt. Deze resultaten ondersteunen hypothese 7 over de centrale positie van de huisarts en komen overeen met eerdere bevindingen (Hirs en Hosman, 1975). (zie ook fig.8.7 en 8.14, pag.283 en 293).

Mensen maken van een zeer uiteenlopende skala aan hulpverleners gebruik wanneer er zich persoonlijke moeilijkheden voordoen. Zij blijken onderling te verschillen in de mate waarin zij daarbij op professionele hulp zijn georiënteerd. Wat het aantal hulpvragen bij professionele instanties betreft, neemt de AGGZ hierin slechts een zeer marginale positie in. De studie toont een positieve samenhang aan tussen het gebruik van informele en professionele hulp.

Dit is in strijd met bevindingen in de literatuur dat er van informele hulp een preventieve werking uitgaat naar de behoefte aan professionele hulp. Wanneer men vanuit preventieve overwegingen het gebruik van informele hulp zou stimuleren mag men dus niet bij voorbaat een afname van de behoefte aan professionele hulp verwachten. Er is bovendien nog een keerzijde aan dit verband. Mensen die weinig van informele hulp gebruik maken, doen ook minder een beroep op professionele hulp. Juist bij hen vonden we echter aanwijzingen voor een sterkere aanwezigheid van psychosociale nood (par.8.6). Dit laatste past bij onze veronderstelling dat een zwak vermogen tot hulpzoeken als een risikofactor kan worden beschouwd.

Een nadere specificatie toonde aan dat de geneigdheid om informele hulp te zoeken buiten het eigen gezin (vrienden, familie, kollega's) geen verband houdt met het gebruik van professionele hulp en een negatief verband met de oriëntatie op gespecialiseerde professionele hulp. Voor een meer diepgaande analyse van deze relaties is een longitudinale processtudie nodig.

Overeenkomstig hypothese 5 vonden we een aantal relaties die wijzen op de aanwezigheid van sociale selectie in het hulpzoekproces. Zowel de oriëntatie op professionele als op informele hulp blijkt te verschillen afhankelijk van leeftijd, burgerlijke staat, opleidingsnivo, gezinssamenstelling, kerkelijke binding en de woon-werk afstand. In paragraaf 8.9 is hiervan een uitvoeriger overzicht te vinden. De groep jongere vrouwen, die we eerder als een risikogroep hebben aangemerkt, kenmerkt zich door een sterkere oriëntatie op informele hulp dan de rest van de steekproef. Dit betekent dat de behoefte aan professionele hulp hier mogelijk minder groot is dan we eerder op grond van de aanwezige problematiek hebben verondersteld. We vinden hier in ieder geval ook een grotere psychologische afstand ten opzichte van professionele hulpverleners.

HOOFDSTUK 9 biedt een verslag van het registratie-onderzoek in de huisartspraktijk. Ook hierin komt de belangrijke positie naar voren die de huisarts inneemt in de professionele hulpverlening bij psychosociale problematiek. In een jaar bleek 28% van de bevolking psychosociale klachten aan de huisarts te hebben gepresenteerd. De belangrijkheid van de huisarts wordt extra onderstreept wanneer we dit vergelijken met de 0,8% waarmee de AGGZ in dat jaar contact heeft gehad. Over alle patiënten, die de huisarts in dat jaar bezochten, bedroeg het percentage zelfs 36%. We hebben de mogelijke invloed van huisarts-kenmerken op deze resultaten besproken, met name ook omdat de lokaal-gevestigde huisarts door een sterke psychosociale oriëntatie gekenmerkt wordt. De omvang van de geregistreerde psychosociale morbiditeit bleek echter vergelijkbaar met die van een aantal andere huisartspraktijken.

Ondanks de centrale positie van de huisarts, constateren we ook in zijn praktijk een 'top van de ijsberg'-fenomeen. Slechts 36% van de mensen, die volgens het bevolkingsonderzoek tot de 'psychosociale nood-groep' behoorden, had in dat jaar psychosociale klachten aan de huisarts gepresenteerd. Anderzijds bleken ook vele mensen met lichte problematiek, zich met dergelijke klachten tot de huisarts te hebben gewend. Dit laatste kan ofwel wijzen op de preventieve rol van de huisarts, ofwel op zogenoemde 'over-konsumptie' (men doet te snel een beroep op de huisarts) ofwel op een lage sensitiviteit van de gebruikte probleemindikatoren in het bevolkingsonderzoek.

Noch bij de 'probleemgroep', noch bij de 'groep met psychosociale nood' bleek het percentage mensen dat zich met psychosociale klachten tot de huisarts had gewend, significant hoger te zijn dan in de rest van de steekproef. Echter, wanneer zij eenmaal contact met de huisarts gelegd hebben, presenteren zij in dat jaar wel 2 à 3 maal zo veel psychosociale klachten als de overige contact-patienten. Dit wijst waarschijnlijk op het belang van een bestaande vertrouwensrelatie. Is deze er niet, dan blijft ook in ernstige probleemsituaties de drempel naar de huisarts kennelijk nog erg groot. De hulp van de huisarts werd met name ingeroepen, wanneer de problematiek gepaard ging met lichamelijke klachten. Zij dienen als een soort legitimatie om de hulp van de huisarts in te (durven) roepen.

In overeenstemming met hypothese 4 vonden we een kromlijinig verband tussen de aanwezigheid en ernst van psychosociale problematiek en het aantal psychosociale klachten bij de huisarts. In de literatuur wordt de kromlijinigheid van dit verband vaak over het hoofd gezien, hetgeen mede de lage korrelatiecoëfficiënten in een aantal ziekte-gedragstudies kan verklaren. Daarnaast blijkt het gedrag samen te hangen met diverse sociaal-psychologische kenmerken, zoals sociale normen, gedragsgewoonten, een algemene geneigdheid tot hulpzoeken en de houding ten aanzien van het gebruik van psychofarmaka. Ook de beschikbaarheid van contact met de huisarts via de presentatie van strikt lichamelijke klachten leverde een positief verband op.

Voor de preventieve werking van informele hulp, vonden we slechts zwakke aanwijzingen. Een negatief verband bleek het duidelijkst met de mate waarin men op informele hulp buiten het gezin is georiënteerd. Tezamen verklaren deze sociaal-psychologische kenmerken 15% in het klachtgedrag bij de huisarts (bij vrouwen zelfs 31%). Zij voegen ruim 5% toe aan de 20.4% die reeds op basis van de probleem indicatoren kon worden verklaard. Als geheel vormen de resultaten een ondersteuning voor het theoretische model dat we in hoofdstuk 5 hebben beschreven. Bovendien ondersteunt het de opvatting van auteurs als Wicker (1969) en Gross en Niman (1975) dat het theoretische model van Fishbein te beperkt is en uitbreiding behoeft met 'andere variabelen'.

De sociaal-demografische variabelen vertonen slechts weinig relaties met de presentatie van psychosociale klachten aan de huisarts. Omdat de prevalentie van psychosociale problematiek in de bevolking wel een duidelijk verband vertoont met diverse demografische kenmerken, gaat hierachter toch een sterke sociale selectie schuil. De meeste risikogroepen die we op basis van het bevolkingsonderzoek hebben vastgesteld, onderscheiden zich in de huisartspraktijk dan ook niet door een hoger aantal psychosociale klachten. De voorgaande resultaten bieden een verdere ondersteuning voor hypothese 6 omtrent de sociale selectie in het hulpzoekgedrag.

Deze bevindingen kunnen belangrijke konsekventies hebben voor de preventieve AGGZ. Het lijkt noodzakelijk, dat een betere afstemming van de professionele psychosociale zorg op de behoeften aan dergelijke hulp in de samenleving tot een belangrijk gesprekstema wordt gemaakt in consultatiereelaties en andere samenwerkingsverbanden tussen de AGGZ en de eerste lijn, in het bijzonder de huisarts. Voor een dergelijke samenwerking dient de AGGZ ook de nodige structurele voorwaarden te bieden, bv. in de vorm van veldteams of anderssoortige overlegkaders.

We besluiten met enkele resterende beschouwingen en aanbevelingen:

We hadden ons voorgenomen dit onderzoek te verrichten in nauwe samenwerking met de praktijk. Naast een beantwoording van de onderzoeksvragen in meer algemene zin beoogde deze studie tevens een meer directe ondersteuning te bieden bij problemen in de betrokken praktijk. Gezien eerdere tegenvallende ervaringen met survey-onderzoek als een 'direkt-ondersteunend' instrument, hebben we bij de opzet juist hieraan speciale aandacht gegeven (hoofdstuk 6). Hoewel er tot enkele maanden na de interviewkampagne een frekwent contact met de betrokken AGGZ en eerste lijn heeft bestaan, waarin een aantal terug-rapportages hebben plaats gevonden, heeft dit contact in de analysefase toch een voortijdig einde gevonden. De belangrijkste redenen hiervoor waren: (a) de lange duur van het onderzoek onder meer vanwege de omvangrijkheid van de analyse, de noodzaak van instrument- en methodiekontwikkeling, de te beperkte personele capaciteit, en de uitvoering - tegelijkertijd - van een ander onderzoeksproject ten behoeve van de preventie¹⁾, (b) een afwijzende houding t.o.v. de epidemiologie als één basis voor de preventieve GGZ, die zich geleidelijk uitkristalliseerde en wel ten gunste van een strik agogiese benadering (van den Berg, 1980), (c) te veel onduidelijkheid omtrent de rollen van de onderzoeker en de opdrachtgever t.o.v. de onderzochte gemeente, (d) het dissertatiekarakter van deze studie dat minder flexibiliteit naar de praktijk toeliet dan wenselijk en nodig zou zijn. Op grond van het voorgaande zijn we tot de slotsom gekomen dat de komende jaren prioriteit gegeven moet worden aan de ontwikkeling van kortdurende, snel toepasbare onderzoeksmethoden t.b.v. een kwalitatief betere 'informatie-huishouding' in de preventieve AGGZ.

Voorts blijkt uit deze studie dat de waarde van registratiegegevens voor de signalering in de preventieve AGGZ slechts beperkt is. Door het 'top van de ijsberg'-fenomeen, met name de sociale selectie in het hulpzoeken, geven registratiegegevens in de huisartspraktijk, maar ook in de AGGZ, geen representatief beeld van het voorkomen van psychosociale nood in de bevolking. Het is minstens noodzakelijk dat zij vergeleken worden met andere (externe) signaleringsbronnen, zoals we bepleit hebben in ons exposé over een 'integrale behoefte-analyse'. Voor de AGGZ geldt dit extra omdat hier via de verwijzingen ook sociale selectieprocessen in de eerste lijn doorwerken.

Hoewel we enige ondersteuning gevonden hebben voor ons theoretisch model omtrent hulpzoekgedrag, dient dit model verder te worden uitgewerkt. In het huidige model ontbreekt met name een theoretische uitwerking van de mogelijke gevolgen van het hulpzoeken voor de afname of toename van de problematiek. In het model zou moeten worden aangegeven op welke probleembepalende factoren de hulp invloed heeft of beoogd te hebben. Bijvoorbeeld: hulp geven via het wegnemen van stressbronnen, presenteren van compenserende ervaringen, tijdelijke taakverlichting, versterking van het zelfvertrouwen of van andere probleemoplossende vermogens of het bieden van emotionele ondersteuning. Daartoe is een integratie nodig van theorieën over hulpzoeken en over 'stress en coping'. Eerst dan kan het hulpzoekgedrag en het daaruit voortvloeiende hulpverleningsgedrag van anderen op hun functionaliteit en adequaatheid worden beoordeeld. Deze uitbreiding is met name nodig om meer greep te kunnen krijgen op de preventieve aspecten van het hulpzoeken en om vandaaruit alternatieve preventie-strategieën te kunnen afleiden. Met de uitwerking van een dergelijk, meer omvattend model hebben we inmiddels een aanvang gemaakt. Hierover zullen we elders rapporteren.

¹⁾ Brand, Brinxma en Hosman, 1982.

This study is meant as a theoretical and empirical contribution to some important developments in the Dutch outpatient mental health services (AGGZ). These developments are the regionalization of the AGGZ institutions and the development of a prevention section within these institutions. Both developments are characterized by a population orientation as opposed to the exclusively patient-oriented approach of the traditional mental health services. This study applies itself to the question of how the AGGZ institutions can best connect their preventive and curative care to the needs for this care within the population. This requires that these institutions gain more insight into the psychosocial problems that are to be found within the general public and which manifest themselves in the primary health care. More insight must also be acquired into the ways in which help is sought and the manner in which the need and the request for professional help originate. We have tried to contribute to this insight by:

- a reflection on the role of information in solving policy problems, and the significance of social epidemiology as an information source
- the development of a framework of reference
- an inventory of signaling methods and strategies
- a discussion of social-epidemiological literature on the prevalence of mental disturbances and help-seeking behavior
- a theoretical model help-seeking behavior as a reaction to psychosocial problems
- a survey investigation on this subject in a village community and a registration investigation on the incidence of psychosocial complaints in a practice of a general practitioner

Starting point of CHAPTER 1 is the view that the quality of the professional care for the community's mental health is dependent on the quality of information that is used in making policy decisions. The employment of systems for the production and usage of policy-supporting information is a relatively undeveloped area within the AGGZ. We have discussed the significance that social epidemiology can have in improving the quality of this 'information-household'. To be able to expect a substantial contribution from this 'information-household', it is a prerequisite to attune to the nature of the information needs of the mental health services. It is exactly this attunement that has been lacking in the traditional epidemiology of mental disturbances. To get a better grip of these information needs, we have based ourselves on a phase-theoretical approach of the problem solving process. On the basis of this approach we have classified the social epidemiology according to the nature of the information needs in the phases distinguished. The chapter includes a plea in favor of more intensive interaction between social epidemiology and the practice of mental health services.

In CHAPTER 2 we have focussed the information question on the problems related to attuning the offered help to the needs for preventive and curative care. An important framework of reference here was the literature on Community Mental Health, Needs Assessment and Program Evaluation. We first discussed a number of need concepts and placed these in a connecting framework. It was emphasized here that when estimating the needs for professional care, not only should individual characteristics of potential help-seeking persons taken into account, but also the availability of informal sources of care (natural support systems). In this chapter, the process of information acquisition has been further extended by means of a phase-theoretical approach that can serve as a manual for coping with information problems in the practice of mental health services. Also, an overall picture is presented of a number of methods and strategies of needs assessment. We have given arguments why it is essential in such an analysis to simultaneously, or functional-sequentially make use of various methods. We call this 'integral needs assessment'. In determining the needs for preventive care, the signalization of risk factors and risk groups plays an important role.

In CHAPTER 3 we give an outline of this risk approach. We present a series of risk concepts and their place in a risk analysis, as well as in the development and implementation of a prevention project. Given the low identification value of many risk indicators, we argue that when defining risk groups, not to work- as is usually done- on the basis of one risk indicator, but to use a combination of risk indicators. We have also expounded that limitations in seeking or receiving informal or professional care can be signified as a risk factor.

In CHAPTER 4 we discuss the so-called 'top of the iceberg' phenomenon. From a review of a great number of studies, we conclude that the number of mental disturbances treated (top of the iceberg) is but a part, and often only a very small part of the number of mental disturbances found within the population on the basis of epidemiological research (psychosocial iceberg). In these studies we found treatment percentages of only 5 to

to 30% for the outpatient and inpatient care, and between 10 and 50% for the practice of the general practitioner. A number of methodological and theoretical problems of this type of research are discussed. An argument is made for the development of more differentiated models to determine the need for professional help. In spite of these problems, the iceberg-methaphor is seen to be a usefull concept for research and management on the relationship between the need for professional help and the actual use of this help. The chapter also presents an outline of alternative strategies with which the AGGZ institutions could diminish the differences between supply, demand and need.

Factors that influence wether or not help is sought, and that influence the direction in which help is sought, are disclosed in CHAPTER 5. We have restricted ourselves here to demographical and social-psychological characteristics of the potential helpseeker, as well as characteristics of his or her social environment. The literature confirms the presence of processes of social selection in the helpseeking behavior. Independent of the seriousness of the problem, relationships were found with sex, social-economical status, age, religious affiliation, and with differences between urban and rural surroundings.

In the development of a social-psychological model concerning the origin of help seeking behavior, we at first based ourselves on the Health Belief Model (Becker,1979) and the Illness Behavior Model of Andersen (1968). These cognitive models, and the research based on them, show that illness behavior and helpseeking behavior are not only determined by the seriousness of the experienced health problem, but also by beliefs concerning the expected positive and negative consequences of this behavior. Such expectations are seen to differ according to the social-demographical background. Because the low explained variances in these studies (in average 10 to 20%), we entered deeper into the relationship between beliefs, attitudes, social norms and behavior, using Fishbein's Value Expectancy Theory. We also discuss some studies on helpseeking behavior that emanate from a phase-theoretical approach. One of these, namely the well-known study by Gurin, Veroff and Feld (1960), has a further importance in that it investigates helpseeking behavior from a problem solving approach in which a specification is given of various problem reactions and helpseeking behaviors. In other studies the importance of habits and social skills was emphasized. Finally, an over-view was given of empirical research in which the preventive influence was shown of natural support systems on the development of psychosocial disturbances and the need for professional help. The factors discussed here have been integrated in a theoretical model.

PART II contains a report of a social-epidemiological study in a small rural community. The goal of this empirical study was to gain insight into the prevalence and distribution of psychosocial problems and disturbances in the population of such a community, the degree in which help is sought for these problems and disturbances, the nature of the sources of help used, as well as insight into the social and psychological factors which are related to this helpseeking behavior. A subsidiary purpose was to gain experience with signaling research and some specific signaling methods.

CHAPTER 6 presents a retrospective view on the history of the project and its connection with earlier research. The chapter further contains the research questions and hypotheses, a social-geographical characterization of the community and its region, and an overview of the design and the course of the study. Extensive attention is paid to the measurement instruments used, of which a number were especially developed for this study because no suitable alternatives were available. This holds, among others, for an improved version of Diekstra's et al. (1977) BIOPRO; an inventory on subjective needs in some twenty areas. Further, various indicators were developed for attitudes, habits and norms with respect to helpseeking behavior. A correlational design was used for the analysis of the data in this retrospective study.

CHAPTER 7 is on the prevalence and distribution of psychosocial problems and disturbances, and on the tracking down of risk groups. Statements about these subjects were seen to be strongly dependent on the chosen criteria and indicators. So, for instance, the manner in which the problem was expressed differed according to demographic characteristics. We used a multiple indicator strategy in combination with a multiple determination of the cutting point. On the subject of serious emotional problems, we found a year-prevalence of 37%, conservatively estimated. In concurrence with other epidemiological studies, we estimate the category in which can be spoken of 'mental disturbances' and 'need for professional help', at about 15%. In this estimation no other criteria were taken into account than the problem indicators.

In this rural community we found the following risk groups: younger women with a progressive orientation and with relatively more education; men with lower, and women with higher social-economical status; unemployed people, disabled workers and shift workers. In contrast to our expectations, we found no indication to signify elderly people, housewives, single people, and people employed in the agricultural sector, as risk groups. One kind of explanation for this was sought in the differences between urban and rural areas. We found no support for the hypothesis that the smaller the social network and number of social contacts one has, the higher the probability is of psychosocial problems. It was only in the younger age groups that we did find indications for this hypothesis. We also found results that indicate that the availability of social contacts plays an intervening role between existing problems and the development of 'disturbances'.

CHAPTER 8 discusses the results in relation to the prevalence and distribution of helpseeking behavior. For the general public, helpseeking seems to be a common reaction to emotional problems. We found indications for the existence of a general helpseeking factor. We interpret this as a learned ability to mobilize more problem solving capacities in the social environment. Helpseeking primarily seems to be a behavior used within a natural context. It is only incidentally that people ask for professional help. The more often help was asked from a person, the more often help was sought after by that person (and vice versa). This is in accordance with Jourard's concept of 'self disclosure' (hypothesis 3). When the helpseeking process involves a sequence of behaviors, then they satisfy - in accordance with hypothesis 1 - a specific order.

In general, people first turn to members of the family, in second instance to outside informal helpers, next to professional helpers in the first echelon, and finally to the more specialized helpers in the second echelon. In accordance with hypothesis 7, the general practitioner is distinguished by a central position within the professional helpers. As concerns the number of requests for help from professional institutions, the AGGZ fulfills only a marginal position. The study shows a positive relationship between the use of informal and professional help. This in contradiction with the idea that informal help has a preventive effect on the need for professional help. A further specification demonstrated that the inclination to search for help outside the direct family circle (friends, relatives and colleagues) shows no positive relation with the use of professional help, and even a negative relation with the orientation towards specialized professional help. A longitudinal process study is required for a more in depth analyses. Support was also found in this study for the influence of social selection on helpseeking behavior (hypothesis 5). Both the orientation towards professional help and informal help is found to differ dependent on age, marital status, family composition, education, church affiliation, and the distance to be covered between home and work.

CHAPTER 9 presents a report of the registration study in the practice of the general practitioner. Here too, the important position which the general practitioner fulfills in the professional care of psychosocial problems, becomes salient. In the span of one year, 28% of the population revealed one or more psychosocial complaints to the general practitioner. The importance of the general practitioner is even more emphasized when we compare this percentage to the 0.8% with which the AGGZ had contact. For all patients who visited the general practitioner in that year, this percentage was as high as 36%. We discussed the influence of practitioner characteristics on these figures. The magnitude of the registered psychosocial morbidity is comparable to that of other practices of general practitioners. Only a very limited proportion of these psychosocial problems were referred for more specialized help.

Despite the central position of the general practitioner, we ascertain even in his practice a 'top of the iceberg' phenomenon. According to the population study, only 36% of the people with psychosocial disturbances presented these to the general practitioner. On the other hand it became apparent that many people with lighter forms of psychosocial problems turned to the general practitioner for help. This can either point to the preventive role of the general practitioner, or point to the low sensitivity of the problem indicators used. In comparison with the total population sample, the group with psychosocial problems or disturbances did not yield a higher percentage of people who had turned to the general practitioner for help. However, when they have actually have contacted the general practitioner, they reveal on the average a higher number of complaints per year. This probably points to the importance of a personal relationship. The general practitioner's aid was especially sought after when the problems were coupled to physical complaints. These serve as a legitimate reason to call upon the general practitioner's help. In accordance with hypothesis 4, we found a curvilinear relation between the presence and severity of the psychosocial problems

and the number of psychosocial complaints made to the general practitioner. In the research literature such a relation is often overlooked.

Moreover, it appears that complaint behavior is related to various social-psychological characteristics, such as social norms, habits, a general tendency for help-seeking and the attitude to tranquilizers. Further the availability of contact with the general practitioner by means of the presentation of strictly physical complaints, yields a positive relation. We found only weak indications for the preventive effects of informal help. It was found that the strongest negative effect was within the orientation towards informal help from outside the direct family circle. Taken together, these variables explain 15% of the complaint behavior and add a full 5% to the explanation based on differences in the presence and severity of problems. The preceding also constitutes support for the validity of Gurin's model that makes a distinction in the helpseeking process between a general and a direction-specified decision aspect.

The social-demographical variables show only few relations with the presentation of psychosocial complaints to the general practitioner. Because the prevalence of psychosocial problems in the population do show a clear relation with various demographical characteristics, a strong social selection must be concealed here. Most risk groups in the population study do not, therefore, differentiate themselves in the practice of the general practitioner by a higher number of complaints. The preceding results support hypothesis 6 on the social selection in helpseeking behavior. It also support our theoretical model which we have presented in chapter 5.

These results can have important consequences for the preventive AGGZ. It is necessary that an improved attunement to the needs for psychosocial care becomes an important theme within the consultation relations between the AGGZ and the first echelon. On the basis of the preceding it is clear that the registration data acquired in the practice of a general practitioner have only a limited value for the signalization in aid of the preventive AGGZ. At least it is necessary to compare these results with those of other signaling methods, as we have stressed in chapter 2 in our exposition on 'integral needs assessment'. Finally, these social selection processes in the first echelon continue to have their effects in the referrals to the curative AGGZ and, by this, in the client population of the AGGZ.

- AAKSTER, C.W. Sociologie en gezondheidszorg. Groningen: Tjeenk Willink, 1974.
- ACHTERHUIS, H. De markt van welzijn en geluk. Baarn: Ambo, 1979.
- AJZEN, I., & FISHBEIN, M. Understanding attitude and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1980.
- ALBEE, G.W., & JOFFE, J.M. Primary prevention of psychopathology. volume 1: the issues. Hanover: University Press of New England, 1977.
- ALBINSKI, M. Onderzoek en actie; over de relatie tussen sociaal wetenschappelijk onderzoek en menselijk handelen. Assen: Van Gorcum, 1978.
- ALBRECHT, S.L., & CARPENTER, K.E. Attitudes as predictors of behavior intentions: a convergence of research traditions. Sociometry, 1976, 39, 1-10.
- ANDERSEN, R. A behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for health administration studies, 1968. (Res. Series 25).
- ANDERSON, J.G. A social indicator model of a health services system. Social Forces, 1977, 50, 661-687.
- ANDREWS, F.M., & WITHEY, S.B. Social indicators of well-being, Americans perception of life quality. New York: Plenum Press, 1976.
- APPELS, A. Voorlopige handleiding bij de Delftse Vragenlijst. Amsterdam: Swets en Zeitlinger, 1974.
- APPELS, A. Screenen als methode voor preventie in de Geestelijke Gezondheidszorg. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1975.
- APPELS, A. Het voorkomen van een hartinfarct. Intermediair, 1977, 13(48), 37 (e.v.).
- ARRINDEL, W.A., DAMSMA, S.A. & ETTEMA, H. De score op de Delftse Vragenlijst (DV) als neuroticisme-index in epidemiologisch onderzoek. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1980, 58, 599-602.
- ASSER, E.S. Social class and help-seeking behavior. American Journal of Community Psychology, 1978, 6, 465-475.
- ATKISSON, C., HARGREAVES, W., HOROWITZ, M., & SORENSEN, J. Evaluation of human service programs. New York: Academic Press, 1978.
- ATWELL, S.Y., HOTALING, G.T. & FOSS, J.E. Sex differences in help-seeking behavior. Series SSSP, 1978.
- BAERT, A.E. De Community Mental Health Centers in de USA. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1976, 18, 434-447.
- BAKER, O.V. A study of social integration and its effects on utilization of mental health services. Dissertation Abstracts International, 1977, 38, 2935.

- BAKKER, R.F. Problemen van studenten en probleemstudenten. Rotterdam: Universitaire Pers, 1974.
- BANKS, M.H., & JACKSON, P.R. Unemployment and risk of minor psychiatric disorders in young people: cross-sectional and longitudinal evidence. Psychological Medicine, 1982, 12, 789-798.
- BARBOT, F. de A cross-cultural study of attitudes toward seeking professional psychotherapeutic help. Dissertation Abstracts International, 1977, 38, 1875.
- BAUDUIN, D. Vrouwen in tel. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1980, 35, 464-491.
- BAYER, H.A.P.M. Registratiegegevens van de vijf limburgse-RIAGG's over de periode 1974-1979. Maastricht: Publikatie nr. 3, Stichting voor Geestelijke Gezondheidszorg Limburg, 1980.
- BAYER, L., HOSMAN, C., & SWARTE, J. Pompekliniek en buitenwacht. Nota betreffende het voorlichtingsbeleid n.a.v. een onderzoek onder de Nijmeegse bevolking naar factoren die van invloed zijn op het gedrag t.o.v. geestelijk gestoorde delinquenten, in het bijzonder t.o.v. de Pompekliniek. Nijmegen: Vakgroep Sociale Psychologie, K.U., 1972.
- BECKER, M.H. Psychosocial aspects of health related behavior. In: H.E. Freeman (Ed.), Handbook of medical sociology. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.
- BEISER, M. Components and correlates of mental well-being. Journal of Health and Social Behavior, 1974, 15, 320-337.
- BELL, R.A., NGUYEN, T.D., WARHEIT, G.J., & BUHL, J.M. Service utilization, social indicator and citizen survey approaches to human service needs assessment. In: C.C. Attkisson et al. (Eds.), Evaluation of human service programs. New York: Academic Press, 1978.
- BELL, R.A., WARHEIT, G., & SCHWAB, J. Needs assessment: a strategy for structuring change. In: C.D. Coursey (Ed.), Program evaluation for mental health. New York: Grune and Stratton, 1977.
- BERG, T. van den. Preventieve psychosociale dienstverlening. Bloemendaal: Nelissen, 1977.
- BERG, T. van den. Preventieve psychosociale praktijk, een procesbeschrijving. Bloemendaal: Nelissen, 1979.
- BERG, T. van den (Ed.). Zorg voor een gezonde jeugd; preventieve gezondheidszorg voor jeugdigen. Bloemendaal: Nelissen, 1980.
- BERG, T. van den. Preventieve psychiatrie. Bloemendaal: Nelissen, 1981.
- BEROEPENKLAPPER. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie, 1975.
- BEUGEN, M. van. Sociale technologie. Assen: Van Gorcum, 1976 (9e ed.).
- BICE, T.W., & WHITE, K.L. Factors related to the use of health services: an international comparative study. Medical Care, 1969, 7, 124-133.
- BLALOCK, H.M. Causal inferences in non-experimental research. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1964.
- BLALOCK, H.M., & BLALOCK, A.B. Methodology in social research. London: McGraw-Hill, 1971.
- BLOOM, B.L. Community mental health: a historical and critical analysis. Morristown: General Learning Press, 1973.

- BLOOM, B.L. Marital disruption as stressor. In: G. Forgays (Ed.), Primary prevention of psychopathology, vol. 2: environmental influences. Hanover: University Press of New England, 1976.
- BLOOM, B.L. Prevention of mental disorders: recent advances in theory and practice. Community Mental Health Journal, 1979, 15, 179-191.
- BLOOM, M. Primary prevention, the possible science. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1981.
- BOSKMA, P. Mogelijkheden en problemen van risico-evaluatie. Wetenschap en Samenleving, 1977, 5, 4-7.
- BRADBURN, N.M. The structure of psychological well-being. Chicago: Aldine Publishing Company, 1969.
- BRADBURN, N.M., & CAPLOWITZ, D. Reports on happiness. Chicago: Aldine Publishing Company, 1965.
- BRAND, J., BRINXMA, J., & HOSMAN, C.M.H. AGGZ-preventie in Nederland: een inventarisatie-onderzoek. Utrecht: NVAGG/Vakgroep Klinische Psychologie K.U. Nijmegen, 1982.
- BREMER-SCHULTE, M.A. Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: Dekker & van de Vegt, 1974.
- BROEKMAN, H. Over 'community psychology'. De Psycholoog, 1978, 13, 371-379.
- BROWN, B.B. Social and psychological correlates of helpseeking behavior among urban adults. American Journal of Community Psychology, 1978, 6, 425-439.
- BUSSEL, A. van. 'Het is nou eenmaal zo...' of kan het ook anders? Kwalen en klachten van huisvrouwen in traditionele gezinnen: een analyse en aanzet tot veranderen. Nijmegen: Doktoraalscriptie Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1982.
- BUYTENDIJK, G., HOSMAN, C.M.H., & SAUREN, H. Patientenkarriere en sociale klasse. Intern rapport, Vakgroep Klinische Psychologie, K.U. Nijmegen, 1977.
- CALHOUN, L.G., DAWES, A.S., & LEWIS, P.M. Correlates of attitudes toward help-seeking in outpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 38, 153.
- CALHOUN, L.G., & SELBY, J.W. Helpseeking attitudes and severity of psychological distress. Journal of Clinical Psychology, 1974, 30, 247-248.
- CAMPBELL, D.T., & STANLEY, J.C. Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago: Rand McNally College Publishing Company, 1963.
- CAPLAN, G. Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books, 1964.
- CAPLAN, G. Support systems and community mental health. New York: Behavioral Publications, 1974.
- CAPLAN, G., & GRUNEBaum, Perspectives on primary prevention. Archives of General Psychiatry, 1967, 17, 331-346.
- CAPLAN, G., & KILLILEA, M. (Eds). Support systems and mutual help. New York: Grune & Stratton, 1976.
- CASH, T.F., KEHR, J., & SALZBACH, R.F. Helpseeking attitudes and perception of counselor behavior. Journal of Community Psychology, 1978, 25, 264-269.
- CASSEE, E.T. Naar de dokter, enkele achtergronden van ziekte-

- gedrag en gezondheidszorg. Akademisch proefschrift, R.U. Leiden, 1973.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. De leefsituatie van de nederlandse bevolking 1974. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. De leefsituatie van de nederlandse bevolking 1977. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1978.
- CHIRIBOGA, D.A., COHO, A., STEIN, J.A., & ROBERTS, J. A study in helpseeking behavior. Journal of divorce, 1979, 3, 121-135.
- CLASSEN, B. Risiko-management; identificeren, kwantificeren en stelselmatig reduceren van onzekerheden. Intermediair, 1979, 15, 41, 15-23.
- COBB, S. Physiological changes in men whose jobs were abolished. Journal of Psychosomatic Research, 1974, 18, 245-258.
- COBB, S. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 1976, 38, 300-314.
- COHEN, C.I., & SOKOLOVSKY, J. Schizophrenia and social networks: ex-patients in the inner city. Schizophrenia Bulletin, 1978, 4, 546-660.
- COHLER, B.J., GRUNEBaum, H.U., WEISS, J.L., GALLANT, D.H., & ABERNATHY, V. Social relations, stress and psychiatric hospitalization among mothers of young children. Social Psychiatry, 1974, 9, 7-12.
- COMMISSIE VAN LONDON. Een systeem van ambulante geestelijke gezondheidszorg. Interim rapport van de gemengde commissie voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Leidschendam, 1978.
- CONSTANTINE, R.J. A phenomenological approach to help seeking and service utilization. Dissertation Abstracts International, 1976, 37, 3949.
- COOK, P.E. (Ed.). Community psychology and community mental health. San Francisco: Holden Day, 1970.
- CORRIGAN, J.D. Salient attitudes of two types of helpers: friends and mental health professionals. Journal of Counseling Psychology, 1978, 25, 588-590.
- CORSTJENS, M. Problematiek, hulpzoekend gedrag; enkele determinanten van hulpzoekend gedrag bij studenten aan Nijmeegse HBO-opleidingen. Nijmegen: Doktoraalscriptie Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1976.
- COURSEY, R. (Ed.). Program evaluation for mental health. methods, strategies, participants. New York: Grune & Stratton, 1977.
- CRONBACH, L. Essentials of psychological testing. New York: Harper & Row, 1960.
- CULLEN, J.W., FOX, B.H., & ISOM, R.N. (Eds.). Cancer: the behavioral dimensions. New York: Raven Press, 1976.
- DAVIDSON, V.M. Coping styles of women medical students. Journal of medical education, 1978, 53, 902-907.
- DEESE, J., & HULSE, S.H. The psychology of learning. New York: McGraw-Hill, 1958.
- DEKKER, P. & MASTOP, H. Strategische keuze. Intermediair, 1977, 13, 34, 47-59.

- DELBECQ, A.L., & VEN, A. van de. A group proces model for problem identification and program planning. Journal of Applied Behavioral Science, 1971, 7, 466-492.
- DELBECQ, A.L., VEN, A. van de , & GUSTAFSON, D.H. Group techniques for program planning: a guide to nominal group and delphi processes. Glenview, Illinois: Scott, Foresman and Company, 1975.
- DE PAULO, B.M. Helpseeking from the recipients point of view Catalog of Selected Documents in Psychology, 1978, 8, MS 1723.
- DEUTSCH, M. The directions of behavior: a field-theoretical approach to the understanding of inconsistencies. Journal of Social Issues, 1949, 5, 43-49.
- DE WITT KAY, F. Applications of social area analysis to program planning and evaluation. Evaluation and Program Planning, 1979, 2, 65-78.
- DIEKSTRA, R.F.W. Crisis en gedragskeuze; een theoretische en empirische bijdrage tot het zelfmoordprobleem. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1973.
- DIEKSTRA, R.F.W. et al. Denken over en aan zelfmoord. Rapport no 1, inclusief bijlage A van het crisisproject. Nijmegen: Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1977.
- DIEKSTRA, R.F.W. Epidemiology of attempted suicide in the EEC. Bibliotheca Psychiatrica, 1982, 162, 1-16.
- DI NARDO, P.A. Social class and diagnostic suggestion as variables in clinical judgement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1975, 43, 363-368.
- DIJKHUIZEN, N. van. From stressors to strains: research into their relationships. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1980.
- DIJKUM, C. van, DOBBEN DE BRUYN, I. van, & KATS, E. Actie-onderzoek: een discussie- en werkboek. Meppel: Boom, 1981.
- DIRKEN, J.M. Arbeid en stress. Groningen: Wolters, 1969.
- DOHRENWEND, B.P. The social psychological nature of stress: a framework for causal inquiry. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1961, 62, 294-302.
- DOHRENWEND, B.P. Sociocultural and social-psychological factors in the genesis of mental disorders. Journal of Health and Social Behavior, 1975, 16, 365-391.
- DOHRENWEND, B.P. Stressful life events and psychopathology: some issues of theory and method. In: J.E. Barret et al. (Eds.), Stress and mental disorder. New York: Raven Press, 1979.
- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. Social status and psychological disorder: a causal inquiry. New-York: Wiley-Interscience, 1969.
- DOHRENWEND, B.P., & DOHRENWEND, B.S. Psychiatric disorders in urban settings. In: G. Caplan (Ed.), American handbook of psychiatry. Vol.2: Child and adolescent psychiatry, sociocultural and community psychiatry. New York: Basic Books, 1973.
- DOHRENWEND, B.P. & DOHRENWEND, B.S. Social and cultural influences on psychopathology. Annual Review of Psychology, 1974, 25, 417-452.
- DOHRENWEND, B.S. Social stress and community psychology.

- In Journal of Community Psychology, 1978, 6, 1-14.
- van den, & VERBEIJ, A. Van nature maatschappelijk; overzicht van de kritiese psychologie. Amsterdam: SUA, 1981.
- DOORN, J. van & VUGHT, F. van. Planning, methoden en technieken voor beleidsondersteuning. Assen: Van Gorcum, 1978a.
- DOORN, J. van & VUGHT, F. van. Forecasting, methoden en technieken van toekomstonderzoek. Assen: Van Gorcum, 1978b.
- DRENTH, P.J.D. Inleiding in de testtheorie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1975.
- DUNHAM, H.W. Some persistent problems in the epidemiology of mental disorders. American Journal of Psychiatry, 1953, 109, 567-575.
- DUTTON, D.B. Explaining the low use of health services by the poor: costs, attitudes and delivery systems. American Sociological Review, 1978, 43, 348-368.
- DREVER, J. A dictionary of psychology. New York: Penguin Books, 1964.
- DROP, M.J. Kenmerken van gemeenten en verschillen in ziekte en afwijkend gedrag: dimensies in coping behavior. Sociologische Gids, 1970, 17, 368-392.
- DROP, M. Problemen rond het registreren van gegevens in de gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1973, 28, 61-71.
- EDWARDS, W. The theory of decision making. Psychological Bulletin, 1954, 51, 380-417.
- EDWARDS, W. The predictions of decisions among bets. Journal of Experimental Psychology, 1955, 51, 201-214.
- EHRHARDT, J. Projekten en activiteiten in de AGGZ-preventie. Utrecht: NCGV, 1975a.
- EHRHARDT, J. De vrijwilliger in de preventie. Utrecht: NCGV, 1975b.
- EHRlich, H.J. Attitudes, behavior, and the intervening variables. American Sociologist, 1969, 4, 29-34.
- ELINSON, J., PADILLA, E., & PERKINS, M. Public image of mental health services. New York: Mental Health Materials Center, 1976.
- ENGELSDORP-GASTELAARS, R. van, HEINEMEYER, W.F., & WIJS-MULKENS, E. de. De gang naar de sociale dienstverlening. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974.
- ETTEN, G.M. van. De relatie onderzoek en beleid in de gezondheidszorg in Nederland. Gezondheid en Samenleving, 1980, 1, 74-82.
- EYSENCK, H.J., ARNOLD, W., & MEILI, R. Encyclopedia of psychology. Fontana/Collins, 1972.
- FALLUDI, A. Planning theory. Oxford: Pergamon Press, 1973.
- FARIS, R.E.L., & DUNHAM, H.W. Mental disorders in urban areas. Chicago: University of Chicago Press, 1939.
- FISCHER, E.H., & COHEN, S.L. Demographic correlates of attitude towards seeking professional psychological help. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 39, 70-74.
- FISCHER, E.H., & TURNER, J.L. Factors in attitudes toward seeking professional help. Proceedings of the 77th annual convention of the American Psychological Association, 1969, 4, 487-488.
- FISCHER, E.H., & TURNER, J.L. Orientations to seeking professional

- help: development and research utility of an attitude scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1970, 35, 79-90.
- FISHBEIN, M. Attitude and the prediction of behavior. In: M. Fishbein (Ed.), Readings in attitude theory and measurement. New York: Wiley, 1967.
- FISHBEIN, M., & AJZEN, I. Attitudes toward objects as predictors of single and multiple behavioral criteria. Psychological Review, 1974, 81, 59-74.
- FISHBEIN, M., & AJZEN, I. Belief, attitude, intention and behavior. Reading (Mass.): Addison-Wesley Publishing Company, 1975.
- FOLKMANS, S., SCHAEFFER, C., & LAZARUS, R.S. Cognitive processes as mediators of stress and coping. In: V. Hamilton, & D.W. Warburton (Eds.), Human stress and cognition; an information processing approach. New York: Wiley, 1979.
- FOLMER, H.R. Huisarts en ijsberg. Akademisch proefschrift, R.U. Utrecht, 1968.
- FORGAYS, D.G. (Ed.). Primary prevention of psychopathology. Vol. 2: Environmental influences. Hanover: University Press of New England, 1978.
- FOX, B.H. Premorbid psychological factors as related to cancer incidence. Journal of Behavioral Medicine, 1978, 1, 45-133.
- FRIJDA, H.N., & ELSHOUT, J.J. Probleemoplossen en denken. In: J.A. Michon, E.G.J. Eykman, & L.W.F. de Klerk (Eds.), Handboek der psychonomie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1975.
- FRUMKIN, R.M. Occupation and major mental disorders. In: A.M. Rose (Ed.), Mental health and mental disorders. New York: Norton, 1955.
- FRY, J. Profile of disease; a study in the natural history of common diseases. Edinburgh: Livingstone, 1966.
- GADOUREK, I. Sociologische onderzoeksmethoden. Arnhem: Van Loghum Slaterus, 1969.
- GARDINER, P.C., & EDWARDS, W. Public Values: multi-attribute-utility measurement for social decision making. In: M.F. Kaplan, & S. Schwartz, Human judgement and decision processes. New York: Academic Press, 1975.
- GARFIELD, S.L. Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis. New York: Wiley, 1971.
- GELD, A.M.C. van der. Psychische ontwikkelingsproblemen. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1979.
- GERSONS, B.A.R. Het RIAGG-model en de ervaringen met het Community Mental Health Center. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1977, 32, 355-363.
- GERSONS, B.P.R., GRINTEN, T. van der, & SCHABEL, P. Geestelijke gezondheidszorg in de Verenigde Staten. dl. 2: Functies van community mental health centers, de positie van de chronische patient en de behoefte aan psychiaters voor de 'public' sector. Utrecht: NCGV, 1980.
- GIEL, R. Psychiatrie in de praktijk van de huisarts. Huisarts en Wetenschap, 1972, 15, 203-209.
- GIEL, R., & HORN, G.H. ten. Epidemiologisch onderzoek en planning in de GGZ. Groningen: Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen, 1982.

- GIEL, R., & LENOBEL, C.P.J. Psychiatrische stoornissen in een nederlands dorp. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1971, 22, 949-954.
- GLEISS, I., SEIDEL, R., & ABHOLZ, H. Soziale Psychiatrie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1973.
- GOEZINNE-ZIJLMANS, R.A.E. Gegevens verzamelen in verband met diagnose van een lokale samenleving. In: R.A.E. Goezinne-Zijlmans (Ed.), Werken aan een samenleving, aspecten van samenlevingsopbouw. Alphen aan den Rijn: Samson, 1976.
- GOFFMAN, E. The moral career of the mental patient. Psychiatry, 1959, 22, 123-142.
- GOLANN, S.E., & EISDORFER, C. Mental health and the community: the development of issues. In: S.E. Golann, & C. Eisdorfer (Eds.), Handbook of community mental health. New York: Appleton-Century-Crofts, 1972.
- GOLDBERG, D.P. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press, 1972.
- GOLDBERG, D.P., & BLACKWELL, B. Psychiatric illness in general practice. British Medical Journal, 1970, 2, 439-443.
- GOLDSTON, S.E. Defining primary prevention. In: G.W. Albee & J.H. Joffe (Eds.), Primary prevention of psychopathology. Vol. 1 : The issues. Hanover: University Press of New England, 1978.
- GORE, S. The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. Health and Social Behavior, 1978, 19, 157-165.
- GOTTLIEB, B.H. Lay influence on the utilization and provision of health services: a review. Canadian Psychological Review, 1976, 17, 126-136.
- GOTTLIEB, B.H., & TODD, D.M. Characterizing and promoting social support in natural settings. In: R.F. Munoz, L.R. Snowden, en J.G. Kelly (Eds.), Social and psychological research in community settings. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- GOTTLIEB, B.H., & HALL, A. Social networks and the utilization of preventive mental health services. In: R.H. Price et al. Prevention in mental health. Beverly Hills: Sage, 1980.
- GOVE, W.R. The relationship between sex-roles, marital status, and mental illness. Social Forces, 1972, 51, 34-44.
- GOURASH, N. Helpseeking: a review of the literature. American Journal of Community Psychology, 1978, 6, 413-423.
- GREENLEY, J.R., & MECHANIC, D. Social selection in seeking help for psychological problems. Journal of Health and Social Behavior, 1976, 17, 249-262.
- GROEN, M., & SMIT, J.J. Problemen van adolescenten op enkele middelbare scholen. Leiden: Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde, 1970.
- GROL, R. (Ed.). Huisarts en somatische fixatie, theorie en praktijk van de preventie van somatische fixatie. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen instituut, 1981.
- GROOT, A.D. de. Methodologie. 's-Gravenhage: Mouton & Co., 1961 en 1972 (7de herziene druk).
- GROSS, S.J., & NIMAN, L.M. Attitude behavior consistency: a review.

- Public Opinion Quarterly, 1975, 39, 358-368.
- GROSSER, R.C. Social-psychological determinants of psychiatric care utilization. Dissertation Abstracts International, 1979, 39, 5317.
- GRUENBERG, E.M. The epidemiology of schizofrenia. In: G. Caplan (Ed.), American Handbook of Psychiatry. New York: Basic Books, 1974.
- GURIN, G., VEROFF, J., & FELD, S. Americans view their mental health. New York: Basic Books, 1960.
- HAAN, C. de, & PAASSEN, F. van. Hulpvragen bij problemen, een probleem op zich. Leiden: Doktoraalskriptie Vak-groepen Sociale en Kliniese Psychologie, R.U., 1977.
- HAEN, F. de. GGZ in getallen, 1980. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1980.
- HÄFNER, H. (Ed.). Estimating needs for mental health care: a contribution of epidemiology. Berlin: Springer Verlag, 1979.
- HAGBURG, B., & MALMQUIST, A. A prospective study of patients in chronic hemodialysis. Journal of Psychosomatic Research 1974, 10, 315-319.
- HAGEDORN, H.H., BECK, K.J., NEUBERT, S.F., & WERLIN, S.H. A working manual of simple program evaluation techniques for community mental health centers. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1976.
- HAGEDORN, I.W. Seeking or not seeking counseling: an examination of selected personality factors of university students in the process of taking personal problems for professional psychological help. Dissertation Abstracts International, 1977, 38, 1881.
- HAGNELL, O. A prospective study of mental disorders in a total population. In: F.C. Redlich (Ed.), Social Psychiatry. Baltimore: The Williams & Wilkins Company, 1969.
- HAK, T., & BOELSMA, A. Een slaapverwekkend bestaan, onderzoek naar de gevolgen van ploegenarbeid. Intermediair, 1979, 15, 35-41.
- HARBERDEN, P., & LAFAILE, R. (Eds.). Zelfhulp; Een nieuwe vorm van hulpverlening? 's-Gravenhage: Vuga, 1978.
- HARTMAN, L.M. The preventive reduction of psychosocial risk in asymptomatic adolescents. American Journal of Orthopsychiatry, 1979, 49, 121-135.
- HARTMAN, R. Hoge risikogroepen in de GGZ. Nijmegen: Doktoraalskriptie Vakgroep Kliniese Psychologie K.U., 1979.
- HATTINGA VERSCHURE, J.C.M. De ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg. Het Ziekenhuis, 1972, 1, 376 e.v.
- HAVEMAN, M.J. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg: ideologie of wetenschappelijke methode. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1977, 33, 424-444.
- HEARGRAVES, W.A., ATKISSON, C.L., & SORENSEN, J.E. (Eds.). Resource materials for community mental health program evaluation (2nd ed.). Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1977.
- HEBERLEIN, T.A., & BLACK, J.S. Attitudinal specificity and the predicting of behavior in a field setting. Journal of

- Personality and Social Psychology, 1976, 33, 474-479.
- HELLER, K., PRICE, R.H., & SHER, K.J. Research and evaluation in primary prevention: issues and guidelines. In: R.H. Price (et al.), Prevention in mental health. Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- HERMALIN, J. Evaluating sociodemographic data; implications for program planning and development. Evaluation and Program Planning, 1979, 2, 173-177.
- HERMANS, H.J.M., & TAK-van de VEN, J.C.M. Bestaat er een oorspronkelijke dimensie 'positief innerlijk welbevinden'. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 1972, 27, 731-754.
- HILBERINK, A.G.W. Veranderingsprocessen in organisaties. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1979.
- HIRS, W.M., & HOSMAN, C.M.H. Psychische problematiek en de centrale positie van de huisarts. Metamedica, 1975, 54, 49-56.
- HOEVEN, L. van der. Huispsycholoog. Nijmegen: Doktoraalscriptie Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1979.
- HOLAHAN, C.J., & MOOS, R. H. Social support and psychological distress: a longitudinal analysis. Journal of Abnormal Psychology, 1981, 90, 365-370.
- HOLLINGSHEAD, A.B., & REDLICH, F.C. Social class and mental illness. New York: Wiley, 1958.
- HOLZKAMP, K. Kritische Psychologie. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag, 1972.
- HORWITZ, A. Social networks and pathways to psychiatric treatment. Social Forces, 1977, 56, 86-105.
- HORWITZ, A. The pathways into psychiatric treatment: some differences between men and women. Journal of Health and Social Behavior, 1977, 56, 86-105.
- HOSMAN, C.M.H. Mentaliteitsbeïnvloeding als preventief instrument in de gezondheidszorg. In: A. Mossel (e.a.), Waarheen met onze gezondheidszorg? Baarn: Ambo, 1977.
- HOSMAN, C.M.H. Pluriformiteit als wezenlijk kenmerk van preventie. In: Preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Verslag van een lezingen-cyclus. Eindhoven: RIAGG, 1979.
- HOSMAN, C.M.H. Signalering en doelgroepskeuze in de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1980, 58, 38-43.
- HOSMAN, C.M.H. Projekt Hulpzoeken bij psychosociale problematiek: het interview en enkele schaalconstructies met betrekking tot indicatoren voor psychosociale problematiek. Nijmegen: Intern verslag, Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1981.
- HOSMAN, C.M.H. Preventie, informatie en onderzoek. Verslag van een studiedag van het Landelijk Overleg van Regionale Preventiefunktionarissen. Utrecht: NVAGG, 1982(a).
- HOSMAN, C.M.H. De pluriformiteit van preventie: een wezenlijk kenmerk of bij gebrek aan beleid. Intermediair, 1982(b), 18, 39-43.
- HOSMAN, C.M.H., & BRINXMA, L.J. Naar een beleidsondersteunend informatiesysteem in de preventie. In: H. de Bont (Ed.), Preventie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1978.

- HOSMAN, C.M.H., & DIEKSTRA, R. Over de betekenis van de sociale epidemiologie voor de preventieve geestelijke gezondheidszorg. In: T. van de Berg, Naar een gezonde jeugd. Bloemendaal: Nelissen, 1979.
- HOSMAN, C.M.H., FOX, H., & STOOP, L. Opvattingen over hulpverlening bij psychische problematiek in relatie tot leeftijd, werksetting, beroep en politieke opvattingen van hulpverleners. Nijmegen: Intern rapport 76KL02, Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1976.
- HOSMAN, C.M.H., KAAJ, H. & LINDT, S. van de. AGGZ-preventie en Onderzoek. Interne Nota van de Werkgroep Onderzoek van het Landelijk Overleg Preventiefunktionarissen. Utrecht, 1982.
- HOSMAN, C.M.H., & SWARTE, J.H. Aan het front van het psychisch gezondheidswerk. (2 dln.). Nijmegen: Vakgroep Sociale Psychologie K.U., 1973a.
- HOSMAN, C.M.H., & SWARTE, J.H. Het contact van eerstelijns werkers met psychische problematiek. In: W. Hirs (Ed.), Hulpverlen en veranderen; Handboek voor psychische gezondheidszorg en welzijnswerk. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1973b.
- HULL, J.W., HUEBNER, R.B., & SMALL, K.H. Map survey strategy for locating areas with mental health problems. Community Mental Health Journal, 1979, 3, 219-228.
- HULL, C.H., & NIE, N.H. SPSS Update 7-9. New York: McGraw-Hill, 1981.
- HULSEBOSCH-HEERING, E. Een verkenning in de preventie: verslag van een stage bij het NCGV. Utrecht: NCGV, 1975.
- HULSHOF, M. Waarneming van controle en hulpzoekgedrag. Nijmegen: Doktoraalskriptie Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1981.
- IEMHOF, W. Klacht en interpretatie. Nijmegen: Link, 1979.
- IJZERMANS, J., & AMSTEL, R. van. Kent een huisarts zijn patienten: een onderzoek naar wat een huisarts weet van zijn patienten. Huisarts en Wetenschap, 1979, 22, 148.
- ILLICH, I. Het medisch bedrijf. Baarn: het Wereldvenster, 1975.
- IPSO. Moderne uitbuiting, psychische overbelasting, stijgend ziekteverzuim 2. Amsterdam: IPSO, 1974.
- JACCARD, J.J., & DAVIDSON, A.R. Toward an understanding of family planning behaviors: an initial investigation. Journal of Applied Social Psychology, 1972, 2, 228-235.
- JACCARD, J., KING, G.W., & POMAZAL, R. Attitudes and behavior: an analysis of specificity of attitudinal predictors. Human Relations, 1977, 30, 817-824.
- JAHODA, M. Current concepts of positive mental health. New York: Basic Books, 1958.
- JANSEN, H.A.M. Het gezin als bemiddelende instantie tussen sociale klasse en psychische stoornis. Gezondheid en Samenleving, 1981, 2, 153-167.
- JASPARS, J.M.F. Dogmatisch denken: een onderzoek naar de waarde van direkte en indirekte attitude-metingen. Nijmeegs Tijdschrift voor Psychologie, 1971, 19, 309-329.
- JENKINS, C.D. Psychosocial modifiers of response to stress. In: J.E.Barret et al. (Ed.), Stress and mental disorder.

- New York: Raven Press, 1979.
- JONG, G.A. de. Bevolking en welzijn in Nederland. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1978, 33, 494-503.
- JOURARD, S.M. Healthy personality and self-disclosure. Mental Hygiene, 1959, 43, 499-507.
- JOURARD, S.M. Self-disclosure; an experimental analysis of the transparent self. New-York: Wiley-Interscience, 1971.
- JOURARD, S.M. Healthy personality. An approach from the viewpoint of humanistic psychology. New York: McMillan, 1974.
- KAAY, H., & VERBURG, H. Alleenstaande ouders; een zelfhulp-groep als preventiewerk. Welzijnsmaandblad, 1979, 33, 153-159.
- KADUSHIN, Ch. Why people go to psychiatrists. New York: Atherton, 1969.
- KAHN, R.L., & PERLIN, S. Dwelling-unit density and use of mental health services. Proceedings of the 75th annual convention of the American Psychological Association, 1967, 2, 175-176.
- KAPLAN, B., REE, R.B., & RICHARDSON, W. A comparison of the incidence of hospitalized and non-hospitalized cases of psychoses in two communities. American Sociological Review, 1956, 21, 472-479.
- KAPLAN, B.H., WILSON, R.N., & LEIGHTON, A.H. Further explorations in social psychiatry. New York: Basic Books, 1976.
- KASL, S.V., & COBB, S. Health behavior, illness behavior and sick role behavior. Archives of Environmental Health, 1966, 12, 246-266, 531-541.
- KATSNIG, H. Prospects for epidemiological research in neurosis. In: H. Häfner (Ed.), Estimating needs for mental health care. Berlin: Springer Verlag, 1979.
- KELLY, K.J. Characteristics of non-utilizers in need of psychological services. Dissertation Abstracts International, 1976, 37, 1489.
- KELMAN, H.C. Attitudes are alive and well and gainfully employed in the sphere of action. American Psychologist, 1974, 29, 310-324.
- KERKHOF, P. van. Geestelijke gezondheidszorg in Nederland: 10 jaar onderzoek. Utrecht: Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, 1982.
- KERLINGER, F.N. Foundations of behavioral research. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1964.
- KESSEL, W.I.N. Psychiatric morbidity in a London general practice. British Journal of Preventive Social Medicine, 1960, 14, 16-22.
- KESSLER, R., BROWN, R.L., & BROMAN, C.L. Sex difference in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. Journal of Health and Social Behavior, 1981, 22, 49-64.
- KILBURG, R. Consumer survey as needs assessment method; a case study. Evaluation and Program Planning, 1978, 4, 285-292.
- KING, L.M. Social and cultural influences on psychopathology.

- Annual Review of Psychology, 1978, 29, 405-433.
- KIRITZ, S., & MOOS, R. Physiological effects of social environments. Psychosomatic Medicine, 1974, 36, 96-114.
- KIRSCHT, J.P., BECKER, M.H., & EVELAND, J.P. Psychological and social actors as predictors of medical behavior. Medical Care, 1976, 14, 422-.
- KLEBER, R.J. Stressbenaderingen in de psychologie. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1982.
- KLEIN, D.C. Community dynamics and mental health. New York: Wiley, 1968.
- KNIPPENBERG-ROMEIJN, R. van. Onderzoek naar geestelijke (on)gezondheid: enkele methodologische problemen. Nijmegen: Doktoraalskriptie Vakgroep Sociale Psychologie K.U., 1981.
- KNOX, E.G. (Ed.). Epidemiology in health care planning. Oxford: Oxford University Press, 1979.
- KOEK, C. Nonprofessionele hulpverlening. Nijmegen: Doktoraalskriptie Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1980.
- KOK, G.J. Attitudes en gedrag. In: H. Wilke en G.J. Kok (Eds.), Sociale psychologie in verandering. Alphen aan den Rijn: Samson, 1979.
- KOK, G.J., BUISMAN, W.R., KAMPSCHUUR, P.O., KIRST, L., & VANGE, P. van der. Attitudes, normen en sociaal gedrag. Nederlands Tijdschrift voor Psychologie, 1981, 36, 57-63.
- KOMTER, A. Geestelijke gezondheid, verschillende maatstaven voor mannen en vrouwen. Amsterdam: Doktoraalskriptie Psychologisch Laboratorium G.U., 1977.
- KORNBERG, M.S., & CAPLAN, G. Risk factors and preventive intervention in child psychopathology: a review. The Journal of Prevention, 1980, 1, 71-133.
- KRIPPENDORF, K. Content analysis: an introduction to its methodology. Beverly Hills: Sage publications, 1980.
- KULKA, R.A., VEROFF, J., & DOUVAN, E. Social class and the use of professional help for personal problems: 1957 and 1976. Journal of Health and Social Behavior, 1979, 20, 2-17.
- KUYPERS, C.A. Psychosomatische stoornissen in een platte-landspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1966, 9, 42-58.
- LAFAILLE, R. Sociale problemen en afwijkend gedrag. 's-Gravenhage: VUGA, 1978.
- LAFFREE, E. Het onzichtbare gedeelte van de ijsberg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1973, 28, 177-180.
- LAMBERTS, H. De morbiditeitsanalyse 1972 door de groepspraktijk Ommoord; een nieuwe ordening van ziekte- en probleemgedrag voor de huisartsengeneeskunde I. Huisarts en Wetenschap, 1974, 17, 455-473.
- LANGE, J. de, & HOSMAN, C.M.H. Handleiding voor het maken van een sociale kaart. Nijmegen: RIAGG-preventieteam, 1982.
- LANSCHOT HUBRECHT, A., BERG, T. van den, BRUYEL, W., HOSMAN, C., & MEURS, A. van. Verslag Seminar on Primary Prevention te Utrecht, 1978. Utrecht: NVAGG, 1978.
- LANSING, J.B., & MORGAN, J.N. Economic survey methods. Ann Arbor: Institute for Social Research, 1971.
- LAROCCO, J.M., HOUSE, J.S., & FRENCH, J.R. Social support,

- occupational stress and health. Journal of Health and Social Behavior, 1980, 21, 202-218.
- LAST, J.M. The iceberg, completing the clinical picture in general practice. The Lancet, 1963, 2, 28.
- LAZARUS, R.S. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
- LAZARUS, R.S. The concepts of stress and disease. In L. Levi, Society, stress and disease. (Vol. 1). London: University of Oxford Press, 1971.
- LAZARUS, R.S., AVERILL, J.R., & OPTON, E.M. The psychology of coping: issues of research and assessment. In: G.V. Coelho, D.A. Hamburg & J.E. Adams (Eds.), Coping and adaptation. New York: Basic Books, 1974.
- LEAVITT, F. The health belief model and utilization of ambulatory care services. Social Science and Medicine, 1979, 13A, 105-112.
- LEE, S.H., GIANTURCO, D.T., & EISDORFER, C. Community mental health center acceptability: a survey of the rural poor. Archives of General Psychiatry, 1974, 31, 335-339.
- LEIGHTON, A.H. My name is legion. New York: Basic Books, 1963.
- LEIGHTON, A.H. Social desintegration and mental disorder. In: G. Caplan (Ed.), American Handbook of Psychiatry. New York: Basic Books, 1974.
- LEIGHTON, A.H. Research directions in psychiatric epidemiology. Psychological Medicine, 1979, 9, 235-247.
- LEIGHTON, D.C. et al. The character of danger. New York: Basic Books, 1963.
- LEVIN, G., & ROBERTS, R.B. The dynamics of human service delivery. Cambridge: Ballinger Publishing Company, 1976.
- LEVINE, S., & KOZLOFF, M.A. The sick role: assessment and overview. Annual Review of Sociology, 1978, 4, 317-343.
- LEWIN, K. Group decision and social change. In: T.M. Newcomb & E.L. Hartley (Eds.), Readings in social psychology. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1947.
- LIEBRAND, W. Maslow's hiërarchische rangschikking van fundamentele behoeften. Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 1977, 32, 67-80.
- LILIENFELD, A.M. Foundations of epidemiology. New York: Oxford University Press, 1976.
- LIN, N., SIMEONE, R.S., ENSEL, W.M., & KUO, W. Social support, stressful life events and illness: A model and an empirical test. Journal of Health and Social Behavior, 1979, 20, 108-119.
- LIPPITT, R.J., WATSON, J., & WESTLEY, B. Dynamics of planned change. New York: Harcourt, Brace & World Inc., 1958.
- LISKA, A.E. Attitude-behavior consistency as a function of generality equivalence between attitude and behavior objects. The Journal of Psychology, 1974, 86, 217-228.
- LOKEN, B., & FISHBEIN, M. An analysis of the effects of occupational variables on childbearing intentions. Journal of Applied Social Psychology, 1980, 10, 202-223.
- LOUNSBURY, J.W., ROISUM, K.G., POKORNY, L.J., SILLS, A., & MEISSEN, G.J. An analysis of topic areas and topic trends in the Community Mental Health Journal from 1965 through

1977. Community Mental Health Journal, 1979, 15, 267-276.
- MACCOBY, N. et al. Reducing the risks of cardiovascular disease; effects of a community-based campaign on knowledge and behavior. Journal of Community Health, 1977, 3, 100-114.
- MACMAHON, B., PUGH, T.F., & IBSEN, J. Epidemiologic Methods. Boston: Little Brown, 1970 (2nd ed.).
- MANIS, J.G., BRAWER, M.J., HUNT, C.L., & KERCHER, L.C. Estimating the prevalence of mental illness. American Sociological Review, 1964, 29, 84-89.
- MARKS, J.N., GOLDBERG, D.G., & HILLIER, V.F. Determinants of the ability of general practitioners to detect psychiatric illness. Psychological Medicine, 1979, 9, 337-353.
- MASLOW, A. Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1954.
- MASO, S. De praktijk van het methodisch opbouwwerk. 's-Gravenhage: VUGA, 1975.
- McKINLAY, J.B. Social networks, lay consultation and help-seeking behavior. Social Forces, 1973, 51, 275-292.
- McMICHAEL, A.J., & HETZEL, B.S. Patterns of helpseeking for mental illness among Australian university students: an epidemiological study. Social Science and Medicine, 1974, 8, 197-206.
- MECHANIC, D. Some factors in identifying and defining mental illness. Mental Hygiene, 1962, 46, 66-74.
- MECHANIC, D. Medical sociology: a selective view. New York: Free Press, 1968.
- MECHANIC, D. Some problems in developing a social psychology of adaptation to stress. In: J.E. McGrath, Social and psychological factors in stress. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1970.
- MECHANIC, D. Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions. In: G. Coelho, D. Hanburg, J. Adams (Eds.), Coping and adaptation. New York: Basic Books, 1974.
- MECHANIC, D. Sociocultural and social-psychological factors affecting personal responses to psychological disorder. Journal of Health and Social Behavior, 1975, 16, 393-404.
- MECHANIC, D. Stress, illness and illness behavior. Journal of Human Stress, 1976, 2, 2-6.
- MECHANIC, D. Illness behavior, social adaptation, and the management of illness. Journal of Nervous and Mental Disease, 1977, 165, 79-87.
- MECHANIC, D. Effects of psychological distress on perceptions of physical health and use of medical and psychiatric facilities. Journal of Human Stress, 1978, 4 (4), 26-32.
- MECHANIC, D. Correlates of physician utilization: why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects? Journal of Health and Social Behavior, 1979, 20, 387-396.
- MECHANIC, D., & VOLKART, E.H. Stress, illness behavior and the sick role. American Sociological Review, 1961, 26, 51-58.
- MEER, F. van der, & BERGHUIS, A.C. Attitudes en instrumenttaliteit van gedrag. Gedrag, 1976, 1, 24-38.

- MEYER zu SLOCHTEREN, B. Eenvoudig onderzoek voor welzijns-
werk. Alphen aan den Rijn: Samson, 1978.
- MICHAEL, S.T. Social class and psychiatric treatment. Journal of Psychiatric Research, 1967, 5, 243-254.
- MIEDEMA, A., & BLASING, B. Vrouwen: sociale klasse
en hulpverlening vanuit de vrouwenbeweging. Nijmegen:
Doktoraalscriptie Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1980.
- MIKESELL, R.H., & CALHOUN, L.G. Attitudes toward seeking
help as a function of causal attribution and severity
of disturbance. Paper presented at the meeting of the
South-eastern Psychological Association, Miami, april 1971.
- MILLER, P., & INGHAM, J.G. Friends, confidants and symptoms.
Social Psychiatry, 1976, 11, 51-58.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Schets van
de eerstelijns gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Ministerie
van Volksgezondheid en Milieuhygiene, 1980.
- MISHLER, E.G., & SCOTCH, N.A. Sociocultural factors in the epi-
demiology of schizofrenia. Psychiatry, 1963, 26, 315-343.
- MITCHELL, R. The dimensions of an evaluation system for
Community Mental Health Centers. In: R.D. Coursey (Ed.),
Program evaluation for mental health; methods, strategies,
participants. New York: Grune & Stratton, 1977.
- MOOS, R.H. Improving social settings by social climate
measurement and feedback. In: R.F. Munoz et al. (Eds.),
Social and psychological research in community set-
tings. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1979.
- MOOS, R.H., & DORT, B. van. Physical and emotional
symptoms and campus health center utilization.
Social Psychiatry, 1977, 12, 107-115.
- MORRIS, J.N. Uses of epidemiology. Edinburgh: Livingstone,
1957. (1964, 2nd ed.)
- MURRAY, H.A. Explorations in personality. New York:
Oxford University Press, 1938.
- MUSSEN, P.H., CONGER, J.J., & KAGAN, J. Child development and
and personality. New York: Harper & Row, 1969 (3rd ed.).
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J., & PEPPER, M.P. Life events and
mental status: a longitudinal study. Journal of Health and
Social Behavior, 1972, 13, 398-406.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J. & PEPPER, M.P. Social class,
life events and psychiatric symptoms. In: B.S. Dohrenwend
& B.P. Dohrenwend (Eds.), Stressful life events their nature
and effects. New York: Wiley-Interscience, 1974.
- MYERS, J.K., LINDENTHAL, J.J. & PEPPER, M.P. Life events, social
integration and psychiatric symptomatology. Journal of Health
and Social Behavior, 1975, 16, 421-427.
- NATIONAAL CENTRUM VOOR GEESTELIJKE VOLKSGEZONDHEID. Oneindige
behoefte - oneindige zorg, problemen van vraag en aanbod in
de geestelijke gezondheidszorg. Verslag najaarskonferentie,
1978. Utrecht: NCGV, 1979.
- NEUBER, K.A. Needs assessment: a model for community planning.
Beverly Hills: Sage Publications, 1980.
- NIE, N.H. e.a. Statistical package for the social sciences.

- New York: McGraw-Hill, 1975.
- NIJHOF, G. Individualisering en uitstoting; een perspectief voor een psychiatrische sociologie. Nijmegen: Link, 1978.
- NIJHOF, G. Sociale ongelijkheid en psychische storingen. Nijmegen: Link, 1979.
- NIJHOF, G., & HOSMAN, C. Opvattingen van Nederlanders over ex-psychiatrische patiënten en over mensen, die als psychisch gestoord worden geëtiketteerd. Tijdschrift voor Psychiatrie, 1980, 22, 504-520.
- NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT. Epidemiologie in de huisenpraktijk. Nijmegen: N.U.H.I., 1974.
- NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT. Gewone ziekten, een aantal morbiditeitsgegevens uit een viertal huisartspraktijken. Nijmegen: N.U.H.I., 1980..
- NORMAN, R.M.G. Cognitive-affective consistency and the attitude-behavior relationship. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, 1973.
- NORTHMAN, J.E. Developmental changes in preferences for help. Journal of Clinical Child Psychology, 1978, 7, 129-132.
- NUNNALLY, J.C. Psychometric theory. New York: McGraw-Hill, 1967.
- NVAGG. Groslijst taken AGGZ per regio. Utrecht: NVAGG, 1978.
- NVAGG. Preventienota. Utrecht: NVAGG, 1981.
- NVAGG. Werkboek Modellenbouw RIAGG. Utrecht: NVAGG, 1982.
- ODEGAARD, O. The incidence of psychosis in various occupations. International Journal of Social Psychiatry, 1956, 2, 85-104.
- OFFERHAUS, R. et al. Van probleem tot psychiatrie. Noordwijkerhout: Stichting St. Bavo, 1978.
- OLIEMANS, A.P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Akademisch Proefschrift, R.U. Leiden, 1969.
- OLIEMANS, A.P. & VEN, W. van de. Morbiditeitsanalyse in een solo-huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, 1975, 18, 437-456.
- ORMEL, H. Moeite met leven of een moeilijk leven. Groningen: Uitgeverij Konstapel, 1980.
- OSGOOD, C.E., SUCI, G.J., & TANNEBAUM, P.H. The measurement of meaning. Urbana (Ill.): University of Illinois Press, 1965.
- OSTROM, T.M. The relationship between affective, behavioral and cognitive components of attitude. Journal of Experimental Social Psychology, 1969, 5, 12-30.
- PARISH, T.S., & KAPPES, B.M. Affective implications of seeking psychological counseling. Journal of Counseling Psychology, 1979, 36 164-165.
- PEARSE, I.H., & CROCKER, L.H. The Peckham Experiment: A study in the living structure of society. London: George Allen & Unwin, 1943.
- PFEIFFER, S.M. Attitudes toward mental health treatment as a function of social class. Dissertation Abstracts International, 1978, 38, 3901.
- PFLANZ, M. Allgemeine Epidemiologie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1973.
- PHILIP, A.E. Attempted suicide in Edinburgh. In: R.F.W. Diekstra & K.J.M. van de Loo, The cost of crisis. Assen: Van Gorcum, 1972.
- PHILIPSEN, H. Afwezigheid wegens ziekte. Amsterdam: Akademisch

- Proefschrift, 1968
- PHILLIPS, D.L. Rejection: a possible consequence of seeking help for mental disorders. American Sociological Review, 1963, 28, 963-972.
- PHILLIPS, D.L. & SEGAL, B.E. Sex and psychiatric symptoms. American Sociological Review, 1969, 34, 58-72.
- POLITSER, P.E., & PATTISON, E.M. Social climates in community groups: toward a taxonomy. Community Mental Health Journal, 1980, 16, 187-200.
- POSAVAC, E.J. & CAREY, R.G. Program-evaluation: methods and case-studies. Englewood-Cliffs: Prentice Hall, 1980.
- REIFLER, C.E., LIPTZIN, M.B., & FOX, J.T. College psychiatry as public health psychiatry. American Journal of Psychiatry, 1967, 124, 662-671.
- REIMAN, H. Die Entwicklung der psychiatrischen Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozial-Psychologie, 1973, 25, 340-258.
- RIMMER, J.D. et al. A systematic study of psychiatric illness in freshman college students. Comprehensive Psychiatry, 1978, 19, 249-251.
- ROEBROEKS, A. Beter een goede buurt dan een vage klacht. Nijmegen: Doktoraalscriptie Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1979.
- ROMME, M.A.J. Mogelijkheden voor preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1974, 29, 405-417.
- ROMME, E.M., & BAUDUIN, D. Psychiatrische epidemiologie. Baarn: Ambo, 1976.
- ROOMMANS, H.G.M. Oordeel en vooroordeel in de psychiatrische diagnostiek. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1969.
- ROSEN, R. Some crucial issues concerning children of divorce. Journal of Divorce, 1979, 3, 19-25.
- ROSENSTOCK, I.M. Historical origins of the health belief model. Health Education Monographs, 1974, 2, 328-335.
- ROTH, W.F., & LUTON, F.H. The mental health program in Tennessee. American Journal of Psychiatry, 1943, 99, 662-675.
- ROUNSAVILLE, B.J. Battered wives: barriers to identification and treatment. American Journal of Orthopsychiatry, 1978, 48, 487-494.
- ROUTH, D.K., & KING, K.M. Social class bias in clinical judgement. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1972, 38, 202-207.
- RYAN, W. (Ed.). Distress in the city: essays on the design and administration of urban mental health services. Cleveland, Ohio: The Press of Case Western Reserve University, 1969.
- SANDLER, I.N. Social support resources, stress and maladjustment of poor children. American Journal of Community Psychology, 1980, 8, 41-52.
- SCHEFF, T.J. Users and non-users of a student psychiatric clinic. Journal of Health and Social Behavior, 1966, 7, 114-121.
- SCHEFF, T.J. De psychisch gestoorde en zijn milieu. Utrecht: Het Spectrum, 1969.

- SCHETS VAN DE EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG. Ministerie van volksgezondheid en milieuhygiene. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.
- SCHNABEL, P. Programma-evaluatie in Community Mental Health Centers; een introductie. Utrecht: Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid, 1980.
- SCHIPPERS, G.M. Alcoholgebruik en alcoholgerelateerde problematiek. Lisse: Swets & Zeitlinger, 1981.
- SCHULBERG, H.C., & BAKER, F. (Eds.). Program evaluation in the health fields. Vol 2. New York: Behavioral Publications, 1976.
- SHAPIRO, E.G. Help seeking: effects of visibility of task performance and seeking help. Journal of Applied Social Psychology, 1978, 8, 163-173.
- SHEPHERD, M., COOPER, B., BROWN, A.C., & KACTON, G. Psychiatric illness in general practice. London: Oxford University Press, 1966.
- SIEGEL, S. Non-parametrical statistics for the behavioral sciences. New York: McGraw-Hill, 1956.
- SIEGEL, L.M., ATTKISSON, C.C., & CARSON, L.G. Need identification and program planning in the community context. In: C.C. Attkisson et al. (Eds.), Evaluation of human service programs. New York: Academic Press, 1978.
- SMITS, A.J.A. Kind, huisarts en gezin. Akademisch proefschrift, K.U. Nijmegen, 1978.
- SOCIAAL CULTUREEL PLANBURO. Sociaal cultureel rapport 1974, 1976, 1978, 1980. 's-Gravenhage: Staatsdrukkerij, 1974, 1976, 1978, 1980.
- SOCIAAL CULTUREEL RAPPORT. zie onder SOCIAAL CULTUREEL PLANBURO.
- SONQUIST, J.A. Multivariate model building. Ann Arbor: Institute for social research, 1970.
- SPIEGEL, A.D., & HYMAN, H.H. Basic health planning methods. Germantown: Aspen Systems Corporation, 1978.
- SPITZER, S., & DENZIN, N. The mental patient: studies in the sociology of deviance. New York: McGraw-Hill, 1968.
- SROLE, L. et al. Mental health in the metropolis. New York: McGraw-Hill, 1962.
- STAATSKOMMISSIE BEVOLKINGSVRAAGSTUK. Bevolking en welzijn in Nederland. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1977.
- STERN, M.S. Social class and psychiatric treatment of adults in a mental health center. Journal of Health and Social Behavior, 1977, 18, 317-325.
- STEWART, R. The nature of needs assessment in community mental health. Community Mental Health Journal, 1979, 15, 287-295.
- STREEKGEWEST LAND VAN CUYK. Statistiese dokumentatie Haps, 1976.
- STRINGHAM, M.C. Factors pertaining to the utilization or non-utilization of psychological counseling services in a liberal arts college. Dissertation Abstracts International, 1969, 30, 556A.
- STURMANS, F. Epidemiologie en medische statistiek. Nijmegen: Dekker & van de Vegt, 1975.
- SUCHMAN, E. Evaluative research. New York: Russel Sage Foundation, 1967.

- SUCHMAN, E.A. Stages of illness and medical care. Journal of Health and Human Behavior, 1965, 6, 114-128.
- SWIFT, C. The national council of community mental health centers task force on environmental assessment. Community Mental Health Journal, 1980, 16, 7-13.
- TAYLOR VANCE, E. A typology of risk and the disabilities of low status. In: G.W. Albee & J.M. Joffe (Eds.), Primary prevention of psychopathology. Vol. 1: The issues. Hanover: University Press of New England, 1977.
- TAX, B., KONIG-ZAHN, E.C.G., & PERSOON, J.M.G. Ziekte en ziektegedrag: enkele implicaties voor de schatting van de behoefte aan medische zorg. In: F. Sturmans et al., Verkenningen in de sociale geneeskunde. Nijmegen: Dekker & van de Vegt, 1981.
- TELLEGEN, E. Medische Sociologie. Alphen aan de Rijn: Samson, 1970.
- TESSLER, R., MECHANIC, D., & DIMOND, M. The effect of psychological distress on physicians utilization: a prospective study. Journal of Health and Social Behavior, 1976, 17, 353-364.
- TESSLER, R.C., & SCHWARTZ, S. Help-seeking, self-esteem and achievement motivation. Journal of Personality and Social Psychology, 1972, 21, 318-326.
- THOMA, P. Epidemiologie - Empirische Sozialforschung in der Medizin. In: B. Geissler, & P. Thoma (Eds.), Medizinsoziologie; Einführung in ihre Grundbegriffe und Probleme. Frankfurt: Campus Verlag, 1975.
- THIERRY TE HUIZEN, H., JANSEN, B., SMITS, P., & HOOLWERF, G. Ploegenarbeid in diskussie. Intermediair, 1979, 15, (22), 37-43.
- TISCHLER, G.L., HENESZ, J.C., MYERS, J.K., & BOSWELL, P.C. Utilization of mental health services: patienthood and the prevalence of symptomatology in the community. Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 71-75.
- TITTLE, C.R., & HILL, R.J. Attitude measurement and prediction of behavior: an evaluation of conditions and measurement techniques. Sociometry, 1967, 30, 199-213.
- TOUSIGNANT, M., & DENIS, G. Psychiatric patients and the "untreated" cases of epidemiological surveys: a comparative analysis of the self-concept. Social Science and Medicine, 1975, 4, 39-42.
- TOUW-OTTEN, F., & VERBEEK-HEIDA, P. Hulpzoekend en ziektegedrag. In: C.W. Aakster & G. Kuiper (Eds.), Leerboek medische sociologie. Groningen: Wolters-Noordhoff, 1978.
- TRIMBOS, C.J.B.J. Preventie in de geestelijke gezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1980, 58, 44-51.
- TURCK, B. de. Politiserende hulpverlening: een oriëntering. Nijmegen: Link, 1978.
- VAN DALE '76. Groot woordenboek der Nederlandse taal. (10e ed.) 's-Gravenhage: Martinus Nijhof, 1976.
- VALL, M. van de. Sociaal beleidsonderzoek. Alphen aan den Rijn: Samson, 1980.
- VEEVERS, J.E. Drinking attitudes and drinking behavior, an exploratory study. Journal of Social Psychology, 1971, 85, 103-109.

- VELDEN, H.G.M. van der. Een morbiditeitsonderzoek bij huisvrouwen. I. De aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. II. De gepresenteerde en ervaren morbiditeit. III. Het gedrag bij het ervaren van gezondheidsstoornissen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1973, 51, 90-97, 140-144, 170-173.
- VELDEN, H.G.M. van der. Hulpverlening in de eerste lijn. Huisarts en Wetenschap, 1973, 16, 81-85.
- VELTMAN, J. Beter een goede buur dan een verre hulpverlener. Deventer: van Loghum Slaterus, 1977.
- VERHAAK, P.F. Psychische problemen in de huisartspraktijk. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1981, 36, 31-47.
- VERHAGEN, E.J. Koöriëntatie en machtsverhoudingen. Akademisch proefschrift, K.U. Nijmegen, 1976.
- VERMEER, A. De verhouding tussen prevalentie van de aan de huisarts gepresenteerde en onder de bevolking ervaren psychosomatische morbiditeit. Nijmegen: Intern rapport, Vakgroep Klinische Psychologie K.U., 1978.
- VERSCHUUR, J., & HOSMAN, C. Hulpzoekend gedrag en de niet-professionele medewerker in de geestelijke gezondheidszorg. Nijmegen: Intern rapport, Vakgroep Klinische Psychologie, K.U., 1976.
- VINOKUR-KAPLAN, D. To have - or not to have - another child: family planning attitudes, intentions and behavior. Journal of Applied Social Psychology, 1978, 8, 29-46.
- VISSERS, H. Hulpverlening op de marketing toer. 's-Gravenhage: VUGA, 1977.
- VRIES, D.L. de, & AJZEN, I. The relationship of attitudes and normative beliefs to creating college. The Journal of Social Psychology, 1971, 83, 199-207.
- WARHEIT, G.J., BELL, R.A., & SWAB, J.J. Planning for change: Needs assessment approaches. Gainesville: University of Florida, 1974.
- WARHEIT, G.J., BUHL, J.M., & BELL, R.A. A critic of social indicators analysis and key informants surveys as needs assessment methods. Evaluation and Program Planning, 1978, 1, 239-247.
- WARHEIT, G.J., HOLZER, C.E., BELL, R.A., & AREY, S.A. Sex, marital status and mental health: a reappraisal. Social Forces, 1976, 55, 458-470.
- WARHEIT, G.J., HOLZER, C.E. & ROBBINS, L. Social indicators and mental health planning: an empirical case study. Community Mental Health Journal, 1979, 15, 94-103.
- WATT, N.F. The longitudinal research base for early intervention. Journal of Community Psychology, 1979, 7, 158-168.
- WEERTS, J.M.P. Een sociaal-psychiatrische dienst en haar klanten. Nijmegen: Doktoraalscriptie Vakgroep Sociale Psychiatrie K.U., 1981.
- WEIJEL, J.A. De mensen hebben geen leven, een psychosociale studie. Haarlem: Erven F. Bohn, 1970.
- WESTER, F. Inhoudsanalyse. In: M. Albinski (Ed.) Onderzoekstypen in de sociologie. Assen: Van Gorcum, 1981.
- WESTMAAS-JES, M.M. Voorlichting en gezond gedrag.

- Groningen: Wolters-Noordhoff, 1977.
- WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID. De komende vijftienvintig jaar. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1977.
- WETTELIJKE REGELING AGGZ. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1981.
- WICKER, A.W. Attitudes versus actions: the relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects. Journal of Social Issues, 1969, 25, 41-78.
- WILLIAMS, P., TARNOPOLSKY, A., & HAND, D. Case definition and case identification in psychiatric epidemiology: review and assessment. Psychological Medicine, 1980, 10, 101-114.
- WINDLE, Ch., & PASCHALL, N.C. Client participation in community mental health center program evaluation. Community Mental Health Journal, 1981, 17, 66-76.
- WOLLENBERG, A. van de . Redundancy analysis an alternative for canonical correlation analysis. Psychometrika, 1977, 42, 207-220.
- ZAAT, M. De door Lilian Rubin gevolgde methode van onderzoek. Tijdschrift voor Vrouwenstudies, 1982, 3, 74-92.
- ZAUTRA, A., & GOODHART, D. Quality of life indicators: a review of literature. Community Mental Health Review, 1979, 4, 1-9.
- ZAUTRA, A., & SIMONS, L.S. An assessment of community's mental health needs. American Journal of Community Psychology, 1978, 6, 351-362.
- ZAX, M., & SPECTER, G.A. An introduction to community psychology. New York: Wiley & Sons, 1974.
- ZEEUW, J. de. Algemene psychodiagnostiek II. Testtheorie. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, 1978.
- ZINTL-WIEGAND, A., & COOPER, B. Psychiatric morbidity and needs for care in general practice. In: A. Häfner (Ed.), Estimating needs for mental health care. Berlin: Springer Verlag, 1979.
- ZOLA, J.K. Illness behavior and the working class: implications and recommendations. In: A. Shostak, & W. Gamberg, Blue collar world. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1964.
- ZONNEVELD, R.J. (Ed.). Sociale Geneeskunde. Utrecht: Oosthoek's Uitgeversmaatschappij N.V., 1972.
- D'ZURILLA, T.J., & GOLDFRIED, M.R. Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 1971, 78, 107-126.

bijlagen

BIJLAGE- NUMMER	TITEL BIJLAGE
1	Representativiteit van de steekproef
2	Inleiding op het interviewgedeelte over ervaren problemen
3	Variabelenlijst
4	Principale komponentenanalyse met varimax-rotatie over de demografische variabelen op basis van Pearson-korrelaties en op basis van tetrachorische korrelaties
5	VOEG: frekwenties en klusteranalyse
6	Delftse Vragenlijst (DV): klusteranalyse en faktoranalyse en de verdeling van reële en geschatte somskores
7	BIOPRO : de vragenlijst
8	BIOPRO : somskores, gemiddelden en st.deviatie; faktoranalyse
9	BIOPRO-NU en BIOPRO-HINDER:gemiddelden en standaarddeviaties
10	HULPZOEKRICHTING: de vragenlijst
11	KONTAKTLIJST HULPVERLENINGSINSTANTIES
12	SUBJEKTIEVE SOCIALE NORMEN: de vragenlijst
13	Volgorde van de onderdelen van het interview
14	Enkele begrippen uit de morbiditeitsanalyse
15	Onderlinge verbanden tussen de probleemindikatoren
16	Relaties tussen probleemindikatoren en BIOPRO-items
17	Verschillen tussen de voorlopige probleemgroep en de voorlopige 'niet-probleemgroep' op een aantal probleemindikatoren
18	Signifikantie van gedrags- en houdingsverschillen
19	Redundantie-analyse: ladingen van de criteria op prediktorfactoren
20	Relatie tussen probleemindikatoren en het aantal psychosociale klachten bij de huisarts berekend met r en η^2
21	Lijst van gebruikte afkortingen

1. Representativiteit naar leeftijd per sexe.

leeftijdskat.	MANNEN (n=134)				VROUWEN (n=118)			
	totale bevol. %	steekproef %	expected	observed	totale bevol. %	steekproef %	expected	observed
18-24	19	20	25.3	27	21	22	25.0	26
25-34	22	20	29.2	27	23	25	26.6	29
35-44	19	24	25.7	32	19	15	22.6	18
45-54	18	16	23.3	21	16	20	18.4	24
55-64	10	8	13.1	11	9	7	11.2	8
65-74	7	10	9.8	13	6	8	7.6	9
75+	5	2	7.1	3	6	3	6.6	4
	100	100	133.5	134	100	100	118.0	118

 $\chi^2=5.09$, df=6, niet sign. $\chi^2=5.96$, df=6, niet sign.

2. Representativiteit naar sexe.

sexe	totale bevolking (18 jaar en ouder) %	steekproef %	expected	observed
man	51.5	134	129.8	252
vrouw	48.5	118	122.2	118
	100	252	252	252

 $\chi^2=0.28$, df=1, niet sign.

3. Representativiteit naar politieke voorkeur.

politieke partij	totale bevolking ¹⁾ (18 jaar en ouder) %	steekproef %	expected	observed
CDA	69.2	64.9	102.4	96
PVDA	15.4	15.6	22.8	23
VVD	9.0	7.4	13.4	11
D'66	2.9	4.7	4.3	7
overigen	3.5	7.4	5.1	11
	100.0	100.0 ²⁾	148.0	148

 $\chi^2=9.27$, df=4, niet sign.¹⁾ op basis van provinciale verkiezingen 1977²⁾ 104 mensen spraken geen voorkeur uit en zijn buiten de berekening gehouden

4. *Representativiteit naar burgerlijke staat.*

burger- lijke staat	totale be- volking (0-99 jaar)	gecorr. steekproef (observed)	gecorr. steekproef %	ex- pec- ted
ongetrouwd	55.4	58+140 ¹⁾ = 198	50.5	217
getrouwd	40.9	183 = 183	46.7	160
weduwe/ weduwnaar	3.7	11 = 11	2.8	19
	100.0	252+140 ¹⁾ 392	100.0	392

$\chi^2=5.7$, df=2, niet sign.

5. *Gemiddelde woningbezetting.*

	bevolking	steekproef
gemiddeld aantal personen per woning	3.96	4.12

6. *Beroepsnivo kostwinner.*

(niet op representativiteit getoetst bij gebrek aan vergelijkingsmateriaal)

	steekproef %		steekproef %
ongeschoolde arbeiders	12	kleine zelfstandigen	33
geschoolde arbeiders	25	middelemployees	9
lagere employees	16	hogere beroepen	5

¹⁾ Korrektie, omdat ons onderzoek zich beperkt tot personen van 18 jaar en ouder. De toegevoegde 140 geven het equivalent aan ongetrouwden weer van 0-17 jaar.

Dit onderzoek gaat over het welzijn, zoals u weet. In de volgende vragen zou ik het met u willen hebben over wat mensen in het algemeen zouden doen als ze in de problemen zitten, of wat mensen zouden doen om hun gezondheid te behouden.

Ik gebruikte net de term 'in de problemen zitten'. Dat klinkt misschien wat zwaar. Wanneer mensen met problemen zitten of persoonlijke moeilijkheden hebben, dan hebben ze daar heel verschillende namen voor, zoals b.v. veel zorgen hebben, in de put zitten, last van zenuwen hebben, het niet meer aankunnen, erg gespannen zijn, veel piekeren of het erg moeilijk hebben. Over dit soort problemen wil ik graag met u praten.

Tegenwoordig hoor je nogal vaak dat mensen in de problemen zitten of het moeilijk hebben. Soms zijn dat persoonlijke moeilijkheden, b.v. iemand voelt zich erg eenzaam of ongelukkig. Een ander is nerveus of overspannen.

Soms zijn er problemen in een huwelijk, man en vrouw kunnen niet goed met elkaar opschieten. Het kan ook zijn dat iemand erg veel verdriet heeft, omdat een familielid of vriend overleden is, of vanwege andere bijzondere omstandigheden. Weer anderen hebben ernstige problemen met hun werk, hun gezondheid, of de opvoeding van hun kinderen. Zo kunt u aan allerlei verschillende soorten probleemsituaties denken.

Vraag 37. Als er van mensen, b.v. in dit dorp gezegd wordt dat ze in de problemen of persoonlijke moeilijkheden zitten, aan wat voor problemen denkt u dan meestal?

(open vraag; noteer kort het antwoord. Deze vraag is bedoeld als voorbereiding op vraag 38 en om te achterhalen of de respondent eventueel een ander woord gebruikt voor 'problemen'. Probeer dit woord te ontdekken, indien 'problemen en persoonlijke moeilijkheden' een zeer ongebruikelijke uitdrukking is voor de respondent. Gebruik het dominerende woord van de respondent in het verdere interview steeds in combinatie met 'problemen'. Dus: 'Problemen en....'.)

OVERZICHT ONDERZOEKSVARIABLEN

DEMOGRAFIESE VARIABLEN

Persoonskenmerken

sexe (man/vrouw)
leeftijd (18 - 95)

Gezins- of leefverband

burgerlijke staat: ongehuwd /(gehuwd geweest)
burgerlijke staat: rest / gehuwd geweest
aantal kinderen
idem, 0 - 10 jaar
idem, 11 - 17 jaar
idem, 18 jaar en ouder
allenwonend (neen / ja)

Sociaal-ekonomiese status (SES)

opleidingsnivo (laag - hoog)
oefent beroep uit (niet / wel)
beroepsnivo (laag - hoog)
(gezins)inkomen (laag - hoog)
grootte bedrijf (- / + 50 pers.)
woon - werk afstand (klein - groot)
hoofdkostwinner (ja / neen)
uitkering: wwv, zw, wao
ploegenarbeid (niet / wel)
werkzaam in de agrarische sektor (neen / ja)

Levensbeschouwing

kontaktfrekventie met kerk (hoog - laag)
intensiteit godsdienstige overtuig.(hoog - laag)
voorkeur voor progressieve partij (niet / wel)

Allochtoon - autochtoon

geboorteplaats (huidige gem. - verder weg)
woonduur in huidige gemeente (- / + 5 jaar)

DEMOGRAFIESE VARIABLEN (VERVOLG)

Demografiese faktoren (allen)

generatie
man - vrouw rol
sociaal-ekonomiese status

Demografiese faktoren (mannen/vrouwen)

generatie
rol werkende man
rol werkende vrouw
sociaal-ekonomiese status (man/vrouw)

PROBLEEMINDIKATOREN (hoge score=veel/ernstige problemen)

VOEG
Delftse Vragenlijst
ALG-PROB-NU
ALG-PROB-LAATSTE JAAR
ALG-PROB
BIOPRO-SOM
BIOPRO-RELATIONEEL
BIOPRO-STRUKTUREEL
BIOPRO-HINDER
BIOPRO-NU
GLOBALE PROBLEEMINDEX

SUBJEKTIEVE SOCIALE NORMEN

SUBJ.SOC.NORM: VOOR MIJZELF HOUDEN
SUBJ.SOC.NORM: HULPZOEKEN BIJ BUREN
SUBJ.SOC.NORM-HZPROF: PROFESSIONELE HULP ZOEKEN
SUBJ.SOC.NORM: apart voor huisarts,buro,maatsch.werker,
psycholoog of psychiater

V A R I A B E L E N L I J S T (vervolg)

HOUDINGEN T.A.V. HULPZOEKGEDRAGINGEN (hoge skore= positieve houding)

HOUDING-ZO MIN MOGELIJK AAN DENKEN(sem.diff.)
HOUDING-ZELF OPLOSSEN ZONDER HULP(sem.diff.)
HOUDING-HZ-SOM (semantiese differentiaal items)
HOUDING-ZELF OPLOSSEN (Likert; n=60)
HOUDING-HULPZOEKEN (Likert; n=60)

HOUDING GEBRUIK PSYCHOFARMAKA(sem.diff.)
HOUDING-HZ-INFORMEEL (sem.diff.)
HOUDING-HZ-apart voor elke informele hulpverlener
HOUDING-HZ-PROFESSIONEEL (sem.diff.)
HOUDING-HZ-EERSTE LIJN (gemidd.over 1e lijn)
HOUDING-HZ-TWEEDE LIJN (gemidd.over 2e lijn)
HOUDING-HZ-apart voor elke profess.hulpverlener
HOUDING-KONTAKT-SOM
HOUDING-KONTAKT-PSYCHSOC
HOUDING-KONTAKT-specifieke instantie

BESCHIKBAARHEID VAN SOCIALE KONTAKTEN

OMVANG VAN HET SOCIALE NETWERK
AANTAL VRIENDEN/-INNEN
AANTAL FAMILIELEDEN IN DORP
AANTAL VERENIGINGEN WAARVAN LID
MATE VAN SOCIAAL KONTAKT (totaal)
MATE VAN SOCIAAL KONTAKT: apart voor
 verenigingsleven, familie,
 vrienden, burens en kollega's

VAARDIGHEDEN EN GEWOONTEN (OVER LAATSTE 10 JAAR) (hoge skore= gedrag frekwenter vertoond)

VOOR ZICH HOUDEN - HULPZOEKEN (meestal)
HZ-ZELF OPLOSSEN ZONDER HULP VAN ANDEREN
HZ-ZO MIN MOGELIJK AAN DENKEN
HZ-ALGEMEEN (som over 16 alternatieven)
GLOBALE HULPZOEK-FAKTOR
VERBALE VAARDIGHEID + BEGRIP VANUIT OMGEVING

HZ-GEBRUIK VAN PSYCHOFARMAKA
HZ-INFORMEEL
HZ-partner, kinderen
HZ-buurt
HZ-familie, vrienden, kollega's
HZ-PROFESSIONEEL
HZ-EERSTE LIJN
HZ-TWEEDE LIJN
HZ-apart voor elke professionele hulpverlener
HZ-VOLGORDE
HZ-VOLG-PROF
HZ-VOLG-HUISARTS
KONTAKT-SOM
KONTAKT-SOM-PSYCHSOC
KONTAKT-voor iedere instantie apart

HULPZOEKGEDRAG BIJ DE HUISARTS (OVER LAATSTE JAAR)

AANTAL KONTAKTEN (volgens de geïnterviewde)
AANTAL KONTAKTEN (volgens de huisartsregistratie)
AANTAL AANDOENINGEN (idem)
AANTAL KLACHTEN (idem)
AANTAL SOMATIESE KLACHTEN (idem)
AANTAL PSYCHOSOMATIESE KLACHTEN (idem)
AANTAL DIREKT-PSYCHOSOCIALE KLACHTEN (idem)
TOTAAL AANTAL PSYCHOSOCIALE KLACHTEN (idem)

(n=252)	betekenis hoge skore	op basis van pearson korrelaties aard van variabele ¹⁾	I	II	III	IV	op basis van tetrachorische korrelaties ²⁾	I	II	III	IV	hoge skore =
demografiese variabelen												
opleidingsnivo	hoog	o			.62					-.60		middelbaar beroeps-
oefent beroep uit ³⁾	neen	d		.61					.79			onderwijs of hoger
hoofdkostwinner +/-	neen	d		.74					.81			neen
beroepsnivo	hoog	o			.63					-.83		lagere employees
grootte bedrijf	groot	o		-.42					-.64			of hoger
woon-werk afstand	groot	o		-.62					-.78			100 of meer pers.leden
inkomen	hoog	i			.57					-.67		werkt buiten
sexe	vrouw	d		.82					.95			woongemeente
leeftijd	hoog	i	.81					-.96				netto f 1900,- of meer
ongehuwd-gehuwd (gew.)	geh.(gw.)	d	.52			.65		-.69			.85	vrouw
aantal kinderen	veel	i	.68					-.82			.51	35 jaar of ouder
idem 0-10 jaar	veel	i				.42					.81	gehuwd (gew.)
idem 11-17 jaar	veel	i	.41					-.89				2 of meer
woonduur	<10 jr	d				.52		.56		-.60	.64	1 of meer
geboorteplaats	verder	o				.47				-.52	.51	1 of meer
	weg	o										minder dan 10 jaar
intensiteit godsdienst	laag	o	-.66					.78				(niet in woongemeente of
kontaktfrekw. met kerk	gering	o	-.65					.75				laangrenzende gemeente
progres. pol. voorkeur	ja	d	(-.32)					.49				midden - laag
% verklaarde variantie			15.0	12.7	7.8	7.7		27.3	19.7	13.1	14.8	1 keer per mnd of minder
												ja

¹⁾ i=interval, o=ordinaal, d=dichotoom. ²⁾ op basis van gedichotomiseerde variabelen ³⁾ betaald werk

BIJLAGE 4A PRINCIPALE KOMPONENTENANALYSE MET VARIMAX-ROTATIE OVER DEMOGRAFIESE VARIABELEN OP BASIS VAN PEARSON-KORRELATIES
(SPSS: FACTOR) EN OP BASIS VAN TETRACHORIESE KORRELATIES NA DICHOTOMISERING (ITEMA).

Demografische variabelen ¹⁾	n=134						n=118					
	MANNEN (pearson r)			MANNEN (tetrach.)			VROUWEN (pearson r)			VROUWEN (tetrach.)		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
opleidingsnivo			.58			.73	.45	(-.38)		(.37)		.75
oefent beroep uit		-.49			.62			.44				-.69
hoofdkostwinner	-.67			.80						.80		
beroepsnivo			.78			.61			.58			.75
grootte bedrijf		.46			-.68					.98		
woon-werk afstand		.67			-.79			-.52			.50	.46
inkomen			.58			.72			.49			.59
leeftijd	.77			-.90			-.83			-.95		
ongetrouwd-gehuwd (gew.)	.82			-.98				.68			-.98	
aantal kinderen	.72			-.97			-.59	.46		.40	-.85	
idem 0-10 jaar		.43		-.66	-.60			.41		.53	-.69	
idem 11-17 jaar	.43			-.94			(-.38)			-.75	-.64	
woonduur		.45			-.53	.76				.91		
geboorteplaats						.66			.54		-.46	
intensiteit godsdienst	-.45	.42		.49	-.63		.74			.86		
kontaktfrekw. met kerk		.51			-.82		.79			.86		
progress. pol. voorkeur							.40			.49		
% verklaarde variantie	17.0	14.1	9.9	32.2	25.6	17.8	19.6	11.4	9.0	40.9	22.2	15.1

¹⁾ zie toelichting bij bijlage 3

BIJLAGE 4B PRINCIPALE COMPONENTENANALYSE MET VARIMAX-ROTATIE OVER DEMOGRAFIESE VARIABELEN OP BASIS VAN PEARSONKORRELATIES (SPSS: FACTOR) EN OP BASIS VAN TETRACHORIESE KORRELATIES NA DICHOTOMISERING (ITEMA) OPGESPLITST NAAR SEXE.

VOEG somscore	frekwentie	percentage	kumulatief percentage
0	61	24.5	24.5
1	46	18.5	43.0
2	38	15.3	58.2
3	30	12.0	70.3
4	18	7.2	77.5
5	15	6.0	83.5
6	14	5.6	89.2
7	7	2.8	92.0
8	7	2.8	94.8
9	5	2.0	96.8
10	3	1.2	98.0
12	2	0.8	98.8
13	1	0.4	99.2
15	1	0.4	99.6
16	1	0.4	100.0
totaal	249	100.0	
onbekend	3		
gemiddelde	2.77		
stand. dev.	2.94		
mediaan	1.96		

VOEG itemnummer	iteratieve klusteranalyse ladingen op kluster 1
1	.22
2	.47
3	.39
4	.39
5	.42
6	.21
7	.41
8	.40
9	.46
10	.57
11	.34
12	.43
13	.36
14	.47
15	.57
16	.59
17	.53
18	.45
19	.39
20	.42
21	.41
gemiddelde correlatie met de somscore	.42
verklaarde variantie	19%
betrouwbaarheid (KR-20)	.77

klusteranalyse en faktoranalyse					
item-nummer	iteratieve klusteranalyse (krit.=.20)	faktoranalyse: principalekomponentenmethode			
	behorend tot kluster:	lading op: faktor 1 faktor 2 faktor 3			
1	1	.54	-.08	.36	
2 ¹⁾	3	.28	-.17	-.05	
3	1	.44	-.26	.08	
4	1	.54	.05	.26	
5	1	.60	-.03	.01	
6	1	.46	.22	.16	
7	1	.35	.48	-.07	
8	3	.39	-.43	.05	
9	1	.41	.07	.12	
10	1	.37	.09	.62	
11	1	.43	.03	-.03	
12 ¹⁾	1	.38	-.23	-.29	
13	1	.38	.28	.05	
14	1	.50	.07	.10	
15	1	.45	.16	-.06	
16	1	.37	.04	.15	
17	1	.35	.07	.09	
18	1	.46	.36	-.09	
19	1	.46	-.16	-.27	
20	1	.37	-.03	-.29	
21	1	.42	.07	-.30	
22 ¹⁾	2	.29	-.26	-.05	
23	1	.46	-.10	-.09	
24	1	.41	.30	-.17	
25	1	.57	.17	-.07	
26	1	.47	-.06	-.13	
27	1	.34	-.06	-.25	
28 ¹⁾	2	.24	-.39	.09	
29	2	.28	-.17	-.07	
30	3	.39	-.40	.11	
31	1	.33	.06	-.01	
32	1	.40	.13	-.08	
33	1	.40	-.03	-.03	
verklaarde variantie		17.6%	4.5%	3.6%	25.7%
% tot. verkl. var.		68.4%	17.6%	14.0%	100.0%

¹⁾ met het oog op het 'gelijk richten' van de items is de skoring van dit item omgekeerd.

verdeling van reële en geschatte somskores				
som- skore	reële skores (DV)		reële + geschatte skores (DVc)	
	percentage	kumulatief percentage	percentage	kumulatief percentage
0	2.9	2.9	1.6	1.6
1	2.2	5.0	1.2	2.8
2	5.0	10.1	3.2	6.0
3	5.0	15.1	4.4	10.3
4	4.3	19.4	3.6	13.9
5	3.6	23.0	5.2	19.0
6	7.2	30.2	8.3	27.4
7	7.2	37.4	7.5	34.9
8	7.9	45.3	9.5	44.4
9	5.0	50.4	7.1	51.6
10	5.0	55.4	6.3	57.9
11	4.3	59.7	6.0	63.9
12	7.2	66.9	6.7	70.6
13	6.5	73.4	7.9	78.6
14	4.3	77.7	5.6	84.1
15	5.0	82.7	4.0	88.1
16	2.2	84.9	2.0	90.1
17	0.7	85.6	0.8	90.9
18	1.4	87.1	0.8	91.7
19	0.7	87.8	0.8	92.5
20	1.4	89.2	0.8	93.3
21	0.7	89.9	0.8	94.0
22	2.9	92.8	1.6	95.6
23	1.4	94.2	1.2	96.8
24	2.9	97.1	1.6	98.4
25	0.7	97.8	0.4	98.8
26	0.7	98.6	0.4	99.2
27	0.0	98.6	0.0	99.2
28	0.7	99.3	0.4	99.6
29	<u>0.7</u>	100.0	<u>0.4</u>	100.0
	100.0		100.0	
gemiddelde		10.42	10.05	
stand. deviatie		6.59	5.55	
mediaan		9.43	9.28	
modus		8.00	8.00	
aantal (n)		139	252	

LEES ELKE VRAAG EN DE VOORBEELDEN DIE ER BIJ GENOEMD STAAN GOED DOOR.
WANNEER WE SPREKEN VAN HET AFGELOPEN JAAR, BEDOELEN WE SINDS JUNI VAN HET VORIG JAAR.

DIT IS EEN VOORBEELD VAN EEN VRAAG:

HEEFT U HET AFGELOPEN JAAR PROBLEMEN
GEHAD MET WONEN?

voorbeelden: was uw huis te klein of
te groot; had u gebrek aan privacy;
woonde u in een onprettige omgeving;
kon u geen huis vinden, enz.?

enigszins	nogal	ernstig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALS U ZICH KUNT HERINNEREN HET AFGELOPEN JAAR LAST TE HEBBEN GEHAD VAN HET PROBLEEM
DAT IN DE VRAAG GENOEMD STAAT, ZET DAN EEN KRUISJE IN EEN VAN DE HOKJES DIE ACHTER
DE VRAAG STAAN.

HOUDT U DAARBIJ GOED IN GEDACHTEN DAT U EEN PROBLEEM KUNT HEBBEN, DAT WEL BIJ DE
VRAAG HOORT, MAAR NIET IN DE VOORBEELDEN GENOEMD STAAT.
DE VOORBEELDEN ZIJN ALLEEN BEDOELD OM DE VRAAG KONKRETER TE MAKEN.

ALS U ERNSTIGE PROBLEMEN HEBT GEHAD, ZET U HET KRUISJE IN HET HOKJE "ERNSTIG":

enigszins	nogal	ernstig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ALS U NOGAL PROBLEMEN HEBT GEHAD, ZET U HET KRUISJE IN HET HOKJE "NOGAL":

enigszins	nogal	ernstig
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALS U ENIGSZINS PROBLEMEN HEBT GEHAD, ZET U HET KRUISJE IN HET HOKJE "ENIGSZINS":

enigszins	nogal	ernstig
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALS U HET AFGELOPEN JAAR GEEN PROBLEMEN HEBT GEHAD, HOEFT U GEEN KRUISJE TE ZETTEN.

¹⁾ Deze probleeminventarisatielijst is een gewijzigde versie van de BIOPRO welke door Diekstra et al. (1977) ontwikkeld is.

HIER VOLGEN DE VRAGEN:

1. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met uw financiën?

voorbeelden: had u geld te weinig; had u te weinig zakgeld; kon u uw schulden nauwelijks of niet betalen; kon u de touwtjes niet aan elkaar knopen; had u geen vast inkomen?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

2. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met uw gezondheid?

voorbeelden: was u te dik of te mager; voelde u zich moe; at u slecht; had u last van uw maag; last van hoge bloeddruk; last van hoofdpijn; last van ernstige kwaal of ziekte?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

3. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met wonen?

voorbeelden: was uw huis te klein of te groot; had u gebrek aan privacy; woonde u in een onprettige omgeving; kon u geen huis vinden?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

4. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad in de relatie met uw ouders?

voorbeelden: had u meningsverschillen met uw ouders; kon u slecht met ze opschieten; maakte u zich zorgen over hen (b.v. over hun gezondheid)?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

5. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met uw studie of opleiding?

voorbeelden: problemen met de opleiding die u gevolgd hebt of juist niet hebt kunnen volgen; met naar school gaan; met uw studie?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

6. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met uw werk of baan?

voorbeelden: met het krijgen van werk; met dreigende werkloosheid; met het werk dat u had; de waardering die u bij uw werk kreeg; de bevrediging die uw werk u gaf; wat u verdiende?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

7. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met het ouder worden?

voorbeelden: vond u het moeilijk te aanvaarden dat u ouder werd; had u er moeite mee met pensioen te gaan; of dat u in een bejaardentehuis of verzorgingstehuis terecht kwam?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

8. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad in de relatie met uw partner? (man, vrouw, verloofde, vaste vriend/vriendin)

voorbeelden: wist u niet zeker of hij/zij de juiste partner voor u was; werd u geïrriteerd door zijn/haar gewoonten; was u bang hem/haar te verliezen; ging het slecht met uw huwelijk?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

9. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met uw kinderen?

voorbeelden: veel meningsverschillen; tegen uw zin uit huis weg gaan; dat ze het slecht deden op school?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

10. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met andere personen die voor u belangrijk waren?

voorbeelden: met uw vriend/vriendin; met inwonende; met broers of zusters; naaste verwanten; buren?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

11. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met kontakten met anderen?

voorbeelden: had u moeite met het leggen en onderhouden van kontakten met andere mensen; met het maken van kennissen; moeite met het op gang brengen en het op gang houden van een gesprek; kreeg u te weinig bezoek; ging u te weinig op bezoek; had u meer contact willen hebben?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

12. Heeft u het afgelopen jaar seksuele problemen gehad?

voorbeelden: had u conflicten met uw partner op seksueel gebied; was het vrijen een probleem voor u; was u seksueel te veel geremd; had u weinig seksuele aantrekkingskracht; had u andere seksuele problemen?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

13. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met uw godsdienst?

voorbeelden: twijfelde u sterk; dacht u anders over godsdienst dan uw familie; gaf de godsdienst u geen bevredigende oplossingen; had u problemen met de Kerk of met kerkdiensten?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

14. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met het feit dat u te weinig gelegenheid had om uzelf te ontplooiën of te ontwikkelen?

voorbeelden: had u bepaalde dingen willen leren; had u meer willen doen aan sport, muziek, cultuur, hobbies, enz.?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

15. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met wat u van uzelf vond?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

voorbeelden: te weinig zelfvertrouwen; zwaarwichtigheid; zorgen maken over onbelangrijke dingen; moeilijk kunnen ontspannen; minderwaardigheidsgevoelens; te weinig durf; verlegenheid; of soortgelijke problemen?

16. Heeft u zich het afgelopen jaar zorgen gemaakt over wat er in de toekomst zou gaan gebeuren?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

voorbeelden: of u werkeloos zou worden; wat er van uw kinderen of andere belangrijke personen in uw omgeving terecht zou komen; hoe het met de wereld verder zou gaan; dat u moest verhuizen?

17. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met dingen als: gebruik van alcohol, gebruik van medicijnen, gebruik van verdovende middelen?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

18. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad omdat u zich vaak eenzaam voelde?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

19. Heeft u het afgelopen jaar zelf problemen gehad in verband met de veranderingen in de huidige maatschappij?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

voorbeelden: vindt u de ontwikkelingen te snel of te langzaam gaan; hebt u zelf veel moeite met de richting waarin de maatschappij zich ontwikkeld; met hoe het georganiseerd is in de maatschappij?

20. Heeft u het afgelopen jaar problemen gehad met de leefsituatie in dit dorp (buurt)?

enigszins nogal ernstig

--	--	--

voorbeelden: ontbreken van ontspanningsmogelijkheden; vervoersmogelijkheden of andere voorzieningen in het dorp (buurt); dingen die in het dorp (buurt) zijn overgevalen; de sfeer in het dorp?

21. Heeft u het afgelopen jaar nog andere problemen gehad?
Namelijk.....

enigszins nogal ernstig

--	--	--

n=252	principale componenten analyse				varimax rotatie met 2 factoren			varimax rotatie met 3 factoren			
	faktor 1	faktor 2	faktor 3		faktor 1	faktor 2		faktor 1	faktor 2	faktor 3	
1. financiën	.29	.14	.13		.31	.06		.30	-.03	.33	
2. gezondheid	.12	-.15	.27		.01	.18		-.02	.09	.32	
3. wonen	.40	.06	.12		.36	.18		.34	.16	.20	
4. ouders	.45	.12	-.01		.44	.17		.42	.19	.07	
5. studie	.44	.12	-.07		.43	.17		.41	.21	.02	
6. baan, werk	.45	.21	.01		.48	.09		.48	.11	.07	
7. ouder worden	.35	-.05	.16		.25	.24		.22	.19	.25	
8. partner	.45	-.15	.21		.28	.38		.23	.31	.34	
9. kinderen	.02	-.03	.17		.01	.03		-.01	-.02	.17	
10. andere belang. pers.	.42	.15	-.01		.43	.12		.42	.14	.06	
11. anderen algemeen	.71	-.20	-.25		.45	.56		.42	.65	-.02	
12. sexualiteit	.52	-.03	.29		.40	.32		.36	.24	.41	
13. godsdienst	.55	.27	-.13		.61	.11		.60	.18	-.04	
14. ontplooiingsmog.	.60	.28	-.28		.62	.15		.65	.25	-.18	
15. uzelf	.67	-.24	-.01		.39	.59		.35	.58	.21	
16. toekomst	.38	.17	.06		.41	.09		.40	.08	.11	
17. alcohol, drugs	.28	.18	.16		.33	.02		.32	-.01	.18	
18. eenzaamheid	.53	-.65	-.08		.04	.85		-.02	.81	.21	
19. veranderingen in maatsch.	.31	.12	.01		.32	.08		.31	.07	.12	
20. leefsituatie in dorp	.37	-.08	-.19		.25	.28		.24	.34	-.07	
1. eigenwaarde	3.97	0.92	0.61	5.50	2.96	1.95	4.91	2.69	1.98	0.83	5.50
2. % van de totaal verklaarde variantie:	72.2	16.8	11.0	100%	76	24	100%	62	19.7	18.3	100%
3. % verklaarde variantie	19.8	4.6	3.0	27.5	14.8	9.7	24.5	13.4	9.8	4.2	27.5

som- skore	absolute frekwentie	percentage	kumulatief percentage
0	25	9.9	9.9
1	34	13.5	23.4
2	22	8.7	32.1
3	30	11.9	44.0
4	23	9.1	53.2
5	21	8.3	61.5
6	15	6.0	67.5
7	15	6.0	73.4
8	14	5.6	79.0
9	6	2.4	81.3
10	1	4.4	85.7
11	5	2.0	87.7
12	8	3.2	90.9
13	6	2.4	93.3
14	1	0.4	93.7
15	2	0.8	94.4
16	1	0.4	94.8
17	2	0.8	95.6
18	3	1.2	96.8
19	2	0.8	97.6
20	1	0.4	98.0
23	1	0.4	98.4
24	1	0.4	98.8
26	1	0.4	99.2
27	1	0.4	99.6
29	1	0.4	100.0
totaal	252	100.0	
gemiddelde	5.75	mediaan	4.15
standaarddeviatie	5.36	modus	1.00

BIOPRO-NU	aantal problemen 'noga/ernstig' uit afgelopen jaar waarmee men het 'op dit moment' nog steeds moeilijk heeft geen: 64% een: 18% twee: 11% drie: 6% gemiddelde: 0.59 standaarddeviatie: 0.92
BIOPRO-HINDER	aantal problemen 'noga/ernstig' uit afgelopen jaar vermenigvuldigd met de mate van ervaren hinder gemiddelde: 3.10 stand.dev.:2.87 range: 1 - 12

HOE VAAK MAAKTE U IN DE AFGELOPEN 10 JAAR GEBRUIK VAN DE VOLGENDE MOGELIJKHEDEN WANNEER U PROBLEMEN OF PERSOONLIJKE MOEILIKHEDEN HAD?

Wilt u het juiste antwoord omcirkelen?

1. MET EEN MAATSCHAPPELIJK WERKER EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
2. RUSTGEVENDE OF KALMERENDE MIDDELEN GEBRUIKEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
3. MET EEN BUURMAN OF BUURVROUW EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
4. MET DE HUISARTS BESPREKEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
5. TELEFONISCHE HULPDIENTST BELLEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
6. ZO MIN MOGELIJK AAN PROBEREN TE DENKEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
7. NAAR EEN BUREAU GAAN VOOR HULP BIJ PERSOONLIJKE MOEILIKHEDEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
8. MET MIJN ECHTGENO(OT)(E), VERLOOFDE EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
9. MET MIJN KINDEREN EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
10. MET EEN ANDER FAMILIELID EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
11. ZELF OPLOSSEN ZONDER DE HULP VAN IEMAND ANDERS.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
12. EEN VERSTANDIG IEMAND UIT DE BUURT OM RAAD VRAGEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
13. NAAR EEN PSYCHOLOOG OF PSYCHIATER GAAN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
14. MET EEN PRIESTER OF DOMINEE EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
15. MET EEN WIJKVERPLEEGSTER EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
16. NAAR EEN MAGNETISEUR, HANDOPLEGGER OF HELDERZIENDE GAAN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
17. MET EEN VRIEND(IN) OF GOEIE KENNIS EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
18. MET DE FYSIOTHERAPEUT EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
19. MET IEMAND OP HET WERK EROVER PRATEN.
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.
20. anders, nl.....(b.v. diëtiste).
bijna altijd - vaak - soms - enkele keer - nooit.

vr, vr.

56 58

		• 1. Maatschappelijk werkster (in bedrijf, zelfstandige instelling, elders)
		2. Leidster gezinszorg
		3. Leidster bejaardenzorg
		4. Wijkzuster
		5. Opbouwwerker
		6. Ambtenaar sociale zaken van de sociale dienst
		7. Arts van het konsultatiebureau voor zuigelingen en kleuters
		8. Schoolarts
		9. Regionale stichting Open Bejaardenwerk
		• 10. Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.)
		• 11. Schoolpsycholoog
		12. Bedrijfsarts
		13. Regionale Raad voor de "Jeugdservice"
		• 14. Raad voor de Kinderbescherming
		• 15. Sociaal-Psychiatrische Dienst (S.P.D.)
		16. Regionale Stichting Gehandicaptenzorg
		• 17. Zenuwarts van het Maasziekenhuis in Boxmeer (Dr. van Trier)
		• 18. Huwelijksbureau (L.G.V.)
		• 19. Sociaal-Paedagogische Dienst
		• 20. Dr. Rutgerstichting; N.V.S.H.
		• 21. Telefonische Hulpdienst
		• 22. Gelders Adviesbureau voor Homofilie
		• 23. Sociaal-Geneskundig Adviesbureau voor het Gehandicapte kind
		24. Polikliniek van Canisius of Radboud Ziekenhuis te Nijmegen
		• 25. Consultatiebureau voor Alcoholisme en Drugs
		26. Officier Jeugdzaken van de Rijkspolitie
		27. Kinderrechter
		• 28. Jongeren Advies Centrum (J.A.C.)
		29. Landbouwvoorlichter
		30. Burgerraadsmans
		31. Consultatiebureau voor Epileptici
		• 32. Maatschappelijk Advies- en Informatiebureau
		33. Gebedsgenezers, Handoplegger, Magnetiseur
		34. Helderziende, Paragnost
		• 35. Reklasseringsambtenaar
		• 36. Zorg voor Ongehuwde Moeders
		37. Sociale Werkplaats
		38. Zwakzinnigeninrichting
		• 39. Internaat voor moeilijk opvoedbare kinderen
		• 40. Psychiatrische inrichting
		• 41. Psychopatenzorg
		42. Andere personen of instanties nl.

In verband met paragraaf 6.7.2.3:

met stip zijn de instanties gespecialiseerd in psychosociale hulpverlening

Wat u precies doet als u in persoonlijke moeilijkheden verkeert, is misschien niet alleen afhankelijk van uw eigen mening. Wat andere mensen om u heen daarvan vinden speelt soms ook een rol. Ze vinden dat u bepaalde dingen juist wel of juist niet moet doen als u met moeilijkheden zou zitten of veel zorgen hebt. Zou u kunnen zeggen wiens mening voor u in zo'n geval belangrijk of zeer belangrijk is? En wiens mening minder belangrijk?

	minder belang- rijk	belang- rijk	zeer belang- rijk	weet niet	niet van toepass.
V 1. uw Vrienden (of Vriendinnen) of heel goede kennissen					
B 2. uw Buren					
E 3. uw Echtgeno(o)t(e)/verloofde /levenspartner					
O 4. uw Ouders					
F 5. een ander Familielid of andere Familieleden					
K 6. uw Kinderen					
W 7. mensen op uw Werk					

U hebt zojuist enkele mensen genoemd wiens mening voor u belangrijk of zeer belangrijk is (nl.). Ik zou u willen vragen of deze mensen het in het algemeen zouden goedkeuren of afkeuren wanneer u de volgende dingen zou doen als u problemen of moeilijkheden hebt?

Als de mensen die u zojuist genoemd hebt er allen ongeveer hetzelfde over denken hoeft u steeds maar één kruisje te zetten. Als ze er niet allemaal hetzelfde over denken b.v. uw Echtgenoot zou het goedkeuren maar uw Ouders zouden het afkeuren, wilt u dan een E zetten bij goedkeuren en een 0 bij afkeuren.

DAN Zouden ZIJ DAT OVER HET ALGEMEEN

	zeker goed- keuren	goed- keuren	niet goed- niet af- keuren	af- keuren	zeker af- keuren	weet niet
a. Als ik het helemaal voor mijzelf zou houden en er met niemand over zou praten						
b. Als ik er met de huisarts over zou praten						
c. Als ik naar een bureau voor hulp bij persoonlijke moeilijkheden zou gaan						
d. Als ik er met een maatschappelijk werker over zou gaan praten						
e. Als ik er met de buren over zou praten						
f. Als ik naar een psycholoog of psychiater zou gaan						

1. <u>Biografiese gegevens</u> (leeftijd, sexe, opleiding, beroepssituatie etc.)	vraag- nummer 1 - 25
2. <u>Inventarisatie sociale kontakten/sociaal netwerk</u>	26 - 34
3. <u>Gezondheid</u>	
a. Vragenlijst Over Ervaren Gezondheid (VOEG)	35
b. Kontakten met de huisarts	36
4. <u>Inventarisatie mogelijke hulpzoekreacties, hulpverleners</u>	37 - 40
5. <u>Mate waarin men zelf informele hulpverlener is</u>	41 - 42
6. <u>Eigen hulpzoekgedrag over de laatste 10 jaar</u>	43 - 46
a. hulpzoeken versus voor-zich-houden	
b. gebruik van 20 hulpzoekreacties (Hulpzoek-richting)	
c. volgorde van probleem- hulpzoekreacties	
7. <u>Aanwezigheid psychosociale problematiek</u>	47 - 55
a. Delftse Vragenlijst (DV)	
b. algemeen oordeel over ervaren probleemsituaties	
c. belangrijke gebeurtenissen	
d. BIOPRO en reacties op ervaren problemen	
8. <u>Kennis van, en contact met, hulpverleningsinstanties</u>	56 - 64
a. Vragen over bekendheid met instanties	
b. Kontaktlijst met 41 instanties	
c. Waardering van kontakten	
9. <u>Houdingen, opvattingen en sociale normen over hulpzoeken</u> (schriftelijke onderdelen met mondelinge toelichting)	65 - 70

Bij de morbiditeitsanalyse van huisartspraktijken worden de volgende begrippen gebruikt: patient, kontakt, aandoening, klacht, konsult en verrichting. In het navolgende geven wij hiervan een definitie.

PATIENT: Mensen die als zodanig bij hun huisarts staan ingeschreven (ingeschreven patienten). Van deze personen gaan er sommigen nooit naar de huisarts, hoewel ze in de huisartsengeneeskunde dan toch patient genoemd worden. Op sommige plaatsen in de analyse beperken we ons tot de patienten die minstens éénmaal gedurende ons onderzoeksjaar kontakt gehad hebben met hun huisarts. Waar dit het geval is zullen we deze groep aanduiden via omschrijvingen als "de patienten met klachten" of "de patienten die bij hun huisarts geweest zijn".

KONTAKT: Iedere keer dat een patient zijn of haar huisarts ontmoet i.v.m. de gezondheidssituatie van hem of haar. Dit kan een bezoek zijn van de patient aan de huisarts, een thuisvisite van de huisarts of een telefonies kontakt. In ons onderzoek zijn overigens niet alle telefoniese kontakten geregistreerd. Dit werd alleen gedaan indien dit door de huisarts belangrijk genoeg werd geacht voor het bijhouden van de patientenstaten.

AANDOENING: Dit begrip wordt door ons als synoniem voor ziekte of probleem gebruikt. Een ziekte of probleem staat niet gelijk met klacht. Een ziekte of een probleem in een belangrijk levensgebied kan immers tot meerdere klachten leiden. Zo kan een galsteen aanleiding geven tot buikpijn, misselijkheid, braken, koorts etc. . Ook komt het voor dat iemand een bepaalde aandoening heeft zonder dat dit tot een klacht in de huisartsen-praktijk leidt. Dit kan b.v. het geval zijn bij een ingestelde suikerziekte, een beginnend kwaadaardig gezwel of bij huwelijksmoeilijkheden waarover men met de huisarts niet durft of wil praten. Bij het gebruik van de term 'aandoeningen' zullen we ons beperken tot de geregistreeerde aandoeningen.

KLACHT: Wij spreken van een klacht iedere keer als een patient een specifiek of vaag gevoel van lichamelijke of geestelijke onwelbevinden aan zijn c.q. haar huisarts presenteert. Met de term klacht wordt bovendien verwezen naar ieder verzoek van een patient aan zijn c.q. haar huisarts welke ligt op het terrein van de preventie, voorlichting, controles, zwangerschapsbegeleiding, keuringen e.d. .

KONSULT: Een konsult, soms ook VERRICHTING genoemd, verwijst naar het beroepsmatig handelen van de huisarts bij iedere klacht die een patient aan hem c.q. haar presenteert. Kwantitatief gezien, kan klacht en konsult dus als synoniem worden gebruikt.

n=252	ALG-PROB- laatste jr	ALG-PROB-NU	VOEG	DVc	BIOPRO	BIOPRO-rel.	BIOPRO-stru	BIOPRO-hin	BIOPRO-NU	GLOB. PR. IN
1. ALG-PROB- laatste jaar	-	.43	.22	.44	.36	.32	.26	.37	.23	.60
2. ALG-PROB-NU	.46	-	.22	.30	.33	.26	.24	.31	.24	.52
3. VOEG	.26	.31	-	.34	.17	.09	.06	.23	.19	.37
4. DVc ¹⁾	.49	.37	.43	-	.47	.46	.31	.37	.32	.64
5. BIOPRO	.35	.35	.23	.58	-	.67	.66	.56	.47	.65
6. BIOPRO -relationeel	.32	.34	.19	.62	.85	-	.39	.41	.38	.52
7. BIOPRO -struktureel	.24	.22	.08	.38	.85	.56	-	.44	.33	.45
8. BIOPRO -hinder	.42	.36	.33	.47	.66	.54	.53	-	.67	.62
9. BIOPRO-NU	.28	.32	.26	.41	.44	.52	.33	.37	-	.46
10. GLOB. PROBL. INDEX	.69	.63	.53	.80	.80	.72	.59	.78	.63	-

linker onder-helft: Pearson's r (mannen én vrouwen)

rechter boven-helft: Kendall's tau (mannen én vrouwen)

p=.05: als r=.12, tau=.09; p=.01: als r=.15, tau=.14; p=.001: als r=.19, tau=.17

n=252	ALG-PROB- laatste jr	ALG-PROB-NU	VOEG	DVc	BIOPRO	BIOPRO-rel.	BIOPRO-stru	BIOPRO-hin	BIOPRO-NU	GLOB. PR. IN
1. ALG-PROB- laatste jaar	-	.41	.28	.42	.37	.34	.25	.44	.36	.65
2. ALG-PROB-NU	.51	-	.36	.32	.26	.32	.12	.42	.39	.58
3. VOEG	.22	.27	-	.55	.36	.37	.16	.38	.33	.62
4. DVc ¹⁾	.56	.43	.27	-	.64	.68	.36	.57	.51	.82
5. BIOPRO	.33	.42	.09	.53	-	.87	.84	.76	.61	.83
6. BIOPRO -relationeel	.29	.37	-.08	.52	.85	-	.53	.67	.66	.79
7. BIOPRO -struktureel	.24	.32	.03	.43	.87	.64	-	.63	.37	.60
8. BIOPRO -hinder	.39	.31	.23	.32	.56	.33	.49	-	.75	.54
9. BIOPRO-NU	.18	.25	.16	.27	.47	.32	.31	.69	-	.69
10. GLOB. PROBL. INDEX	.73	.70	.41	.78	.77	.60	.62	.68	.54	-

linker onder-helft: Pearson's r (134 mannen)

rechter boven-helft: Pearson's r (118 vrouwen)

p=.05: als r=.17; p=.01: als r=.22; p=.001: als r=.26

¹⁾ Hier is de gekorrigeerde DV-versie over alle respondenten weergegeven. De niet-gecorrigeerde versie leverde een gemiddelde interkorrelatie met de andere indicatoren op, die .04 lager ligt in vergelijking met de gekorrigeerde versie.

(onderstreept = significant)		PEARSON's (r)				KENDALL's (tau)			
		VOEG	DV	ALG-PROB-NU	ALG-PROB-L.J.	VOEG	DV	ALG-PROB-NU	ALG-PROB-L.J.
1. financiën	s	.14	.15	.15	.19	.06	.17	.14	.16
2. gezondheid		.44	.19	.12	.21	.38	.18	.14	.14
3. wonen	s	.07	.12	.23	.10	.02	.12	.21	.10
4. ouders	r	-.03	.25	.12	.17	-.01	.24	.13	.16
5. studie	s	-.06	.26	-.03	.07	-.07	.18	.07	.07
6. baan, werk	s	.02	.17	.17	.20	.05	.21	.18	.17
7. ouder worden		.13	.06	.19	.06	.14	.07	.13	.04
8. partner	r	.14	.39	.25	.19	.06	.31	.22	.19
9. kinderen	r	.04	.05	.02	.22	.07	.09	.02	.18
10. andere belang. pers.	r	.02	.26	.15	.16	.01	.22	.14	.16
11. anderen algemeen	r	.18	.42	.28	.11	.10	.33	.26	.13
12. seksualiteit	r	.11	.40	.21	.19	.10	.31	.12	.17
13. godsdienst		-.11	.09	.08	.08	-.10	.16	.12	.08
14. ontplooiingsmog.	s	.00	.29	.15	.12	.01	.23	.17	.13
15. uzelf		.24	.53	.34	.23	.16	.41	.28	.24
16. toekomst		.12	.26	.11	.23	.10	.23	.14	.20
17. alcohol, drugs		.10	.14	.11	.04	.08	.13	.10	.07
18. eenzaamheid	r	.29	.39	.26	.17	.17	.29	.21	.15
19. veranderingen in maatschappij	s	.10	.16	.06	.17	.09	.16	.10	.19
20. leefsituatie in dorp	s	.05	.19	.06	.07	.01	.14	.06	.08
totale steekproef n=		249	139	246	248	249	139	246	248
BIOPRO-RELATIONEEL (s)		.19	.56	.34	.32	.09	.46	.26	.32
BIOPRO-STRUKTUREEL (r)		.08	.32	.22	.24	.06	.30	.24	.26
BIOPRO-SOM		.23	.51	.35	.35	.17	.45	.33	.36

VERSCHILLEN TUSSEN DE VOORLOPIGE PROBLEEMGROEP EN DE VOORLOPIGE
'NIET-PROBLEEMGROEP' OP EEN AANTAL PROBLEEMINDIKATOREN.

BIJLAGE 17

		(n=58) voorlopige probleem- groep	(n=187) voorlopige niet-probleem groep	t- waarde	signifi- kantie nivo
VOEG	X	4.15	2.34	3.43	.001
	SD	3.79	2.50		
DELFTSE VRAGENLIJST	X	14.36	9.09	4.20	.001
	SD	6.48	6.21		
BIOPRO	X	7.78	4.78	3.97	.001
	SD	5.32	4.98		
BIOPRO- HINDER	X	5.05	2.45	6.66	.001
	SD	3.27	2.38		

Verschillen in percentages van wel/niet-gebruikers tussen diverse hulpzoekreacties over de 'laatste 10 jaar' (behorende bij figuur 8.7)

		df=1 chi=kw	p-waarde
echtgeno(o)t(e), verloofde	> familielid	31.80	<.001
echtgeno(o)t(e), verloofde	> huisarts	11.32	<.001
huisarts	> vriend(in)	4.98	<.03
huisarts	> eigen kinderen	73.50	<.001
huisarts	> wijkverpleegster	199.22	<.001
eigen kinderen	> buurman, -vrouw	1.30	n.s.
eigen kinderen	> verstandig iemand uit de buurt	5.18	<.03
verstandig iemand uit de buurt	> priester, dominee	2.00	n.s.
maatschappelijk werker	> buro voor pers. moeilijkheden	4.70	<.04

Verschillen in gemiddelde houding tussen diverse hulpzoekreacties (behorende bij figuur 8.10)

positiever dan:		df=250 t-waarde	p-waarde
echtgeno(o)te, verloofde	> eigen kinderen	6.75	<.01
eigen kinderen	> vriend(in)	4.01	<.01
vriend(in)	> familielid	1.55	n.s.
familielid	> kollega	3.00	<.01
kollega	> buurman, vrouw	5.27	<.01
echtgeno(o)t(e), verloofde	> huisarts	4.46	<.01
huisarts	> vriend(in)	7.54	<.01
huisarts	> familielid	10.66	<.01
huisarts	> maatschappelijk werker	6.52	<.01
maatschappelijk werker	> vriend(in)	2.02	<.05
maatschappelijk werker	> familielid	2.34	<.05
maatschappelijk werker	> pastor	4.04	<.01
pastor	> paranormaal begaafden	12.34	<.01
buro voor pers. moeilijkheden	> psycholoog, psychiater	2.46	<.05

LADINGEN VAN DE KRITERIA OP DE PREDIKTORFAKTOREN ¹⁾

KRITERIUM- VARIABLEN	PREDIKTORFAKTOREN					
	allen		mannen		vrouwen	
	I	II	I	II	I	II
HOUDING-HZ-INFORMEEL	-.03	.37	.17	-.42	.36	.12
HOUDING-HZ-PROFESS.	-.39	-.14	.57	.17	-.20	.14
NORM-HZ-PROFESS.	-.36	-.06	.45	-.09	-.18	.22
HZ-INFORMEEL	-.20	.33	.25	-.25	.50	.31
HZ-PROFESS.	-.33	-.03	.35	-.17	-.16	.36
KONTAKT-SOM	-.28	.04	.34	-.26	-.20	-.27

¹⁾ is gelijk aan de multiple korrelatie van de prediktorvariabelen met de criterium-variabelen

DE RELATIE TUSSEN PROBLEEM-INDIKATOREN EN HET AANTAL PSYCHOSOCIALE
KLACHTEN BIJ DE HUISARTS BEREKEND MET r EN η^2

BIJLAGE 20

	PSYCHOSOCIALE KLACHTEN BIJ DE HUISARTS					
	Pearson's r			η^2 -koëfficiënt		
	allen	mannen	vrouwen	allen	mannen	vrouwen
VOEG	.36	.29	.39	.57	.58	.66
Delftse Vragenlijst	.19	.10	.22	.51	.62	.49
ALG-PROB-Laatste jaar	.15	.05	.22	.18	.17	.23
ALG-PROB-Nu	.15	.13	.17	.25	.25	.36
BIOPRO	.06	.00	.09	.38	.46	.46
BIOPRO-RELATIONEEL	.03	-.13	.08	.20	.17	.33
BIOPRO-STRUKTUREEL	.00	.00	.03	.21	.26	.27
BIOPRO-HINDER	.25	.20	.24	.52	.40	.61
GLOBALE PROBLEEM-INDEX	.25	.17	.28	.69	.54	.80

AGGZ	Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CMHC	Community Mental Health Center
CMHM	Community Mental Health Movement
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HBM	Health Belief Model
KVO	Katholieke Vrouwen Organisatie
LGV	Buro voor Levens- en Gezinsvragen
LORP	Landelijk Overleg van Regionale Preventiewerkers
LvC	Land van Cuyk
MOB	Medies Opvoedkundig Buro
NGV	Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid
NFGV	Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid (bestaat niet meer)
NUHI	Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut
NVAGG	Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SCR	Sociaal Cultureel Rapport
SD	Semantiese Differentiaal
SES	Sociaal Economische Status
SPD	Sociaal Psychiatrische Dienst
VS	Verenigde Staten
ZFR	Ziekenfondsraad

namenregister

- Aakster, 108
Achterhuis, 42, 66, xxii
Ajzen, 137 e.v., 162, 164, 212,
215, 342, xix
Albee, 24, 67
Albinski, 48
Albrecht, 140, 142
Amstel, van, 109
Andersen, 132 e.v., 146
Andrews, 204
Appels, 18, 28, 53, 199, 201,
242, 245, 248
Arrindell, 201, 248
Asser, 119
Attkisson, 11, 28, 34
Attwell, 123, 125
Baert, 34
Baker, 126, 157
Bakker, 106
Banks, 73
Bauduin, 74, 82, 84
Bayer, 52, 96, 164
Becker, 130, 135, 136, 330, xix
Beiser, 281
Bell, 28, 29, 52, 54
Berg, van den, 39, 42, 75, 172,
174, xxii
Berghuis, 140
Beugen, van, 7
Bice, 131
Biemans, 53
Black, 137
Blackwell, 327
Blalock, 24
Blasing, 85
Bloom, 17, 18, 20, 34, 75, 82
85, 86
Boskma, 67
Bradburn, 84, 281
Brand, 26, 70
Bremer Schulte, 155
Brinxma, 3, 6, 8, 26, 47, xxiii
Broekman, 19
Brown, 119, 123, 126, 128
Bussel, van, 84
Buytendijk, 23, 126
Calhoun, 123, 125, 135
Campbell, 24, 138, 217
Caplan, 37, 68, 72, 75, 85, 97
118, 155, xx, xxi
Carey, 34, 35, 41
Carpenter, 140, 142
Cash, 132, 277
Cassee, 86, 123 e.v., 132 e.v.,
166, 200, 201, 270
CBS, 201, 217, 241
Chiriboga, 123, 126 e.v.
Classen, 69
Cobb, 130, 157
Cohen, 125, 158
Cohler, 157
Commissie van
Londen, 32, 67, 321
Constantine, 157
Cook, 19
Cooper, 108
Corstjens, 132, 136, 166, 206,
214, 277, 315
Coursey, 11, 28, 34, 35
Crocker, 108
Cronbach, 245
Cullen, 18
Dale, van, 62, 92
Davidson, 123, 140, 142
Deese, 165
Dekker, 7
Delbecq, 53, 54
Denis, 112
Denzin, 17
DePaulo, 123
Deutsch, 164
DeVries, 140, 142
Diekstra, 6, 7, 17, 21, 110
11, 205, 210, 229
DiNardo, 51
Dirken, 28, 200
Dohrenwend, 9, 81, 82, 84 e.v.,
98, 110, 206, 270
Donabedian, 39
Dool, van den, 15
Doorn, van, 11, 14, 25, 67
Dort, van, 110
Douvan, 104
Drenth, 205
Drever, 34
Drop, 52, 55, 99
Dunham, 54 e.v., 98
Dutton, 126
Dijkhuizen, van, 354
Dijkum, van, 15, 24

Edwards, 10
 Ehrhardt, 68, 72, 155
 Ehrlich, 137, 164
 Eisdorfer, 34
 Elinson, 105
 Elshout, 8, 148
 Engelsdorp-Gastelaars, 123, 158
 Etten, van, 118
 Eysenck, 36
 Falludi, 67
 Faris, 98
 Feld, 104, 1146, xviii
 Fietze, 101
 Fischer, 119, 125, 132, 159,
 166, 214, 277, 315
 Fishbein, 133 e.v., 162, 164,
 212, 215, 340 e.v. 354,
 355, xix
 Folkman, 275
 Folmer, 92, 97, 108, 124, 327
 Forgays, 67
 Fox, 18
 Frijda, 8, 148
 Frumkin, 98
 Fry, 108
 Gadourek, 15
 Gardiner, 10
 Garfield, 105
 Geld, van der, 52
 Gersons, 34
 Geurts, 53
 Giel, 6, 21, 52, 107, 108, 124,
 198, 250, 326
 Gleiss, 9, 34, 51, 69, 82, 95,
 98, 99, 126, 270
 Goezinne-Zijlman, 31, 55
 Golann, 34
 Goldberg, 53, 82 e.v., 198,
 199, 327
 Goldston, 67
 Golfield, 146
 Goodhart, 82, 85, 86
 Gordon, 106, 111
 Gore, 156
 Gottlieb, 28
 Gourash, 119
 Gove, 84
 Greenley, 95, 110, 119, 123, 124,
 128, 133, 135, 145, 354, xix
 Groen, 203
 Grol, 52
 Groot, de, 15, 18, 20, 24, 28
 Gross, 137
 Grosser, 124, 157
 Gruenberg, 102, 111
 Grunebaum, 37, 85

Gurin, 83 e.v., 104, 123 e.v.,
 135, 146 e.v., 161, 272 e.v.,
 314, xviii
 Haan, de, 126, 128
 Haen, de, 6, 96, 101
 Häfner, 34, 39, 98
 Hagburg, 157
 Hagedorn, 34, 131
 Hagnell, 106, 111
 Hak, 87
 Hall, 28
 Harberden, 155, xxi
 Hartman, 68
 Hattinga Verschure, 38, 155, xxi
 Haveman, 72
 Heargraves, 34
 Heller, 72, 74
 Hermalin, 54
 Hermans, 281
 Hetzel, 106, 111, 158
 Hilberink, 120
 Hill, 137, 138
 Hirs, 170, 315, xviii
 Hoeven, van der, 326
 Holahan, 157
 Hollingshead, 56, 99, xix
 Holzkamp, 15
 Horn, ten, 6, 21, 52
 Horwitz, 123, 124
 Hosman, 3, 6, 7, 8, 16, 17, 21,
 23, 26, 38, 47, 49, 51, 56,
 73, 136, 170, 199 e.v., 282,
 316, 322, xviii, xxiii
 Hull, 53, 233, 264
 Hulse, 156
 Hulsebos-Heering, 68
 Hulshof, 213
 Hyman, 11
 Illich, 42, 118, xxii
 Ingham, 158
 Instituut voor Toegepaste Soc., 196
 IPSO, 87
 Jaccard, 137, 140, 142
 Jackson, 73
 Jansen, 9
 Jaspars, 137, 138
 Jenkins, 87
 Joffe, 67
 Jong, de, 25
 Jourard, 125, 160, 301, 316
 Kaay, 43
 Kadushin, 94. 150. 151
 Kahn, 128
 Kaplan, 101, 105, 111
 Kappes, 141
 Kasl, 130
 Katschnig, 112

Kelly, 125, 128
 Kelman, 137
 Kerlinger, 15
 Kessel, 327
 Kessler, 82, 84, 124
 Kilburg, 52
 Killilea, 155, xxi
 King, 51, 82
 Kiritz, 18
 Kirscht, 131
 Kleber, 354
 Klein, 56
 Knippenberg-Romein, van, 199
 Knox, 7, 21, 24, 39
 Koek, 213
 Kok, 137, 141, 142
 Komter, 51
 Kornberg, 68, 75
 Kozlof, 145
 Krippendorf, 56
 Kulka, 104, 110, 126
 Kuypers, 327
 Lafaille, 94, 155, xxi
 Laffree, 93
 Lamberts, 324
 Lange, de, 56
 Lanschot Hubrechts, van, 68, 75
 Lansing, 231
 LaRocco, 157
 Last, 92, 97, 108
 Lazarus, 295
 Leavitt, 131, 323
 Lee, 121
 Leighton, 56, 105, 250
 LeNobel, 107, 108, 198, 250
 Levin, 150-152, 161, 164
 Levine, 145
 Lewin, 7
 Liebrand, 37
 Lilienfeld, 24, 71
 Lin, 156
 Lippitt, 7
 Liska, 137
 Loken, 140
 Lounsbury, 34
 Luton, 101
 Maccoby, 41
 MacMahon, 19, 24
 Malmquist, 157
 Manis, 110
 Marks, 82-86
 Maslow, 37
 Maso, 31, 55
 Mastop, 7
 Matthew, 39
 McKinlay, 119, 157
 McMichael, 106, 111, 158
 Mechanic, 92, 95, 110, 119,
 123, 124, 128, 131, 134, 135,
 145, 148, 181, 183, 354, xix
 Meer, van der, 140
 Meyer zu Slochteren, 31, 55
 Michael, 125
 Miedema, 85
 Mikesell, 85
 Miller, 158
 Ministerie van Volks-
 gezondheid en
 Milieuhygiene, 31
 Mishler, 102, 111
 Mitchell, 28
 Moos, 28, 110, 156
 Morgan, 231
 Morris, 18, 19, 90, 94, 109, 111
 Murray, 37
 Mussen, xvii
 Myers, 156
 Neuber, 34, 35
 Nie, 230, 231, 233, 264
 Niman, 137
 Norman, 137, 164
 Northman, 123, 125
 Nijhof, 16, 17, 22, 38, 51,
 53, 82, 86, 98, 198 e.v.,
 217, 244
 Nijmeegs Universitair Huis-
 artsen Instituut, 226,
 324, 329
 Nunnally, 230
 NVAGG, 32, 38, 52, 63, 120, xx
 Odegaard, 98
 Offerhaus, 9, 52, 69, 82,
 84, 85, 86, 107, 199, 259
 Olliemans, 226, 324, 327, 329
 Ormel, 53, 68, 84, 85, 86,
 199, 217, 230
 Osgood, 212
 Ostrom, 138
 Paassen, van, 126, 128
 Padilla, 105
 Parish, 141
 Paschall, 52
 Pattison, 28
 Pearse, 106
 Perkins, 105
 Perlin, 128
 Pfeiffer, 126
 Pflanz, 19, 24, 72
 Philip, 291
 Philipsen, 23, 143-147, 314
 Phillips, 110, 124, 141
 Politser, 28

Posavac, 34, 35, 41
 Redlich, 56, 99, xix
 Reiman, 17
 Reifler, 107
 Rimmer, 106
 Roberts, 150-152, 161, 164
 Roebroeks, 315
 Romme, 17, 74, 155, 315, xxi
 Rooymans, 198
 Rosenstock, 130
 Rounsaville, 158
 Routh, 52
 Ruth, 101
 Ryan, 105
 Sandler, 157
 Sauren, 23
 Schaeffer, 275
 Scheff, 104, 135
 Schippers, 161, 162
 Schnabel, 28
 Schrameyer, 8, 73
 Schulberg, 34
 Schwartz, 132
 Scotch, 102, 111
 Segal, 110, 124
 Selby, 135
 Shapiro, 141
 Shepherd, 327
 Siegel, 53, 54, 57, 246
 Simmons, 28, 54
 Smit, 203
 Smits, 125
 Sokolovsky, 158
 Sociaal Cultureel
 Planbureau, 82, e.v.,
 122 e.v., 200, 229, 241, 269,
 270, 309, 324, 326
 Sonquist, 191, 227
 Specter, 19
 Spiegel, 11
 Spitzer, 17
 Srole, 103, 110, 111, 124
 125, 126
 Staatscommissie
 Bevolkingsvraagstuk, 25
 Stanley, 24
 Stern, 126
 Stewart, 33
 Streekgewest land van Cuyk, 186
 Stringham, 125
 Sturmans, 24, 40, 245, 246
 Suchman, 11, 123, 124, 145
 Swarte, 170, 292, xviii
 Swift, 24
 Tak-van de Ven, 281
 Tax, 134
 Taylor Vance, 72
 Tellegen, 17, 23
 Tessler, 110, 123, 124, 127,
 128, 132, 323
 Thierry te Huizen, 87
 Thoma, 72
 Tischler, 126
 Tittle, 137, 138
 Tousignant, 112
 Touw-Otten, 94
 Trimbos, 70
 Turner, 119, 132, 166, 214
 277, 315
 Vall, van der, 15
 Veevers, 138
 Velden, van der, 108, 109
 Veltman, 315
 Ven, van de, 324
 Verbey, 15
 Verburg, 43
 Verhaak, 189, 324
 Verhagen, 132
 Vermeer, 352
 Veroff, 104, 124, 146, xviii
 Verschuur, 136
 Vinokur-Kaplan, 138, 140, 142
 Vissers, 94
 Volkart, 145
 Vught, van, 11, 14, 25, 67
 Warheit, 34, 54, 84, 85
 Watt, 106
 Watts, 112
 Weerts, 126
 Wester, 56
 Westmaas-Jes, 134
 Wetenschappelijke Raad voor
 het Regeringsbeleid, 25
 Weyel, 108
 White, 131
 Wicker, 136-138
 Williams, 136
 Wilson, 105
 Windle, 52
 Witley, 204
 Witt Kay, de, 155
 Wollenberg, van de, 233, 303
 IJzermans, 109
 Zaat, 53
 Zautra, 28, 54, 82, 85, 86
 Zax, 19
 Zeeuw, de, 244, 245
 Ziekenfondsraad, 68
 Zintl-Wiegand, 108
 Zola, 125
 Zonneveld, 20, 40
 D'Zurilla, 148

begrippenregister

Deze lijst heeft uitsluitend
op de inleiding en de hoofdstukken
1 - 5 betrekking

- Adekwaatheid, 12
- Afstemmingsprobleem, 31 e.v., 45, 95, 114, 120
- AGGZ, xviii, 3, 31, 63, 103
 - en externe democratisering, 43;
 - herorganisatie van, 32;
 - en hulpbehoefte, 31 e.v.;
 - kritiek op, 42, 43;
 - populatiegerichtheid van, xviii;
 - problemen in, 4, 5
- Alleenstaanden, 5
- Alleenstaande ouders, 43
- Behandelingscijfers, 98
- Behoefte, 36 e.v.
 - aanbod-behoefte paradigma, 35;
 - begrippen, 35 e.v., 41;
 - als psychologies begrip, 36;
 - basisbehoeften, 37, 40;
 - latente, 94;
 - problematiese, 38;
 - positieve, 36;
 - negatieve, 36;
 - 'objektieve', 40 e.v., 49;
 - subjektieve, 40 e.v., 49;
 - fluktuatie van, 50;
 - opsporen van, 8
 - (zie ook Hulpbehoefte)
- Behoefte-analyse, 33, 45 e.v.;
 - fasering van, 47;
 - nivo's van, 46, 48;
 - over wie ?, 48;
 - risikobenadering en, 62;
 - strategieën van, 49 e.v.;
 - bronnen voor, 49 e.v.;
 - methoden van, 51 e.v.;
 - kombinatie van methoden, 57;
 - integrale, 57 e.v.;
 - konvergerende, 58
- BehoeftEBepaling,
 - indirekte, 49 e.v.;
 - direkte, 49 e.v.
- Beleidsondersteunend onderzoek, 34
- Bereikbaarheid, 32, 113;
 - 24-uurs, 117
- Bevolkingsgericht denken, 43
- Chicago-school, 54, 98
- Community,
 - sense of, 56;
 - impact, 35
- Community Mental Health Centers, xviii, 33 e.v., 105, 113, 126;
 - Movement, xviii, 34, 126;
 - malaise in, 34
- Community psychology, 19
- Continue Morbiditeits Registratie, 109, 226
- Democratisering,
 - externe, 59
- Deprivatie,
 - kulturele, 75
- Deviantie, 81
- Diagnosties handelen, 51
- Distriktskommissie, 46
- Doelgroepen,
 - preventieve, 23;
 - strategie, 49;
 - selektie van, 82, 84;
- Doelstellingen, 9, 13;
 - formuleren van heldere, 9
- Dummy-variabelen, 231
- Echtscheiding, 5, 20, 53, 75, 76, 82
- Eerste lijn, xxi, 43, 63, 108, 117
- Eerstelijnspsycholoog, 117
- Effektiviteit,
 - vergroting van, 116
- Efficiency, 12, 116, 117
- Epidemiologie, 17, 34, 41, 61;
 - beschrijvende, 19;
 - voorspellende, 21;
 - analytische, 19;
 - experimentele, 19;
 - psychiatriese, 17, 18;
 - sociale (zie: Sociale epidemiologie);
 - transkulturele, 56;
 - strategie van kennisverwer-

- strategie van kennisverwerking in, 19, 98;
- parameters van, 20
- Evaluatie, 11, 27;
 - formatieve, 11;
 - summatieve, 11;
 - van de investering, 12, 13, 27;
 - proces-, 11, 13, 27;
 - effekt-, 11, 13, 27, 80;
 - efficiency-, 11, 13, 27, 80;
 - van de adekwaatheid, 11, 13, 27 80;
 - van het rendement, 12
- Evaluatie-onderzoek, 27;
 - beschrijvend, 27;
 - verklarend, 27
- Expectancy-value benadering, 134 e.v.
- Fase,
 - van probleemanalyse, 7, 8, 9, 13;
 - van strategie-ontwikkeling, 7, 10, 11, 12;
 - van uitvoering, 7, 11, 13;
 - van evaluatie, 7, 11, 12, 13
- Fasentheorieën, -modellen, 6 e.v., 45 e.v., 143 e.v.;
 - het volgordeprincipe in, 6, 7;
 - feedback, cyclies karakter in, 7
- Forecastingstechnieken, 25
- Fout-negatieven, 246
- Fout-positieven, 246
- Geestelijke gezondheid, 65;
 - positieve, 37
- Geestelijke gezondheidszorg, xxii
- Gedrag, definities van, 145
- Gedragssintentie, 140
- Gewoonte, xviii, 153, 164
- Groslijst Taken RIAGG, 32
- Health Belief Model, 70, 130
- Hospitalisatie, 75
- Houding, 139;
 - t.a.v. gedrag, 139;
- Houding-gedrag relatie, 136 e.v.;
 - en de 'andere variabelen', 137, 141;
 - kromlijnigheid van, 138;
 - en meetproblemen, 138;
 - en specificiteit, 137, 141
- Huisarts, 97
- Hulp, informele, 38
- Hulpaanbod, 31;
 - spreiding van, 32
- Hulpbehoefte, 31, 38;
 - aan professionele hulp, 39;
 - aan informele hulp, 39;
 - aan professioneel-kuratieve hulp, 39;
 - aan professioneel-preventieve hulp, 39;
- lokaliseren van, 65;
- 'objektieve', 40 e.v.;
- subjektieve, 40 e.v.;
- en zelfbeeld, 112;
- Hulpbehoefte-hulpaanbod, xxi, 31 e.v., 95, 114, 120;
 - alternatieve oplossingen vanuit de AGGZ, 116 e.v.;
 - kritiek op, 42, 43
- Hulpvraag, xvii, 41, 42;
 - toename van, 96
- Hulpzoeken,
 - en egokosten, 132;
 - en feedbackprocessen, 152, 154;
 - en bevolkingsdichtheid, 128;
 - en burgerlijke staat, 128;
 - houding t.a.v., 132;
 - en kerkgenootschap, 128;
 - en leeftijd, 105, 122, 128;
 - en SES, 105, 122, 125 e.v.;
 - en sexe, 105, 122, 123 e.v.;
 - en urbanisatiegraad, 128;
 - en sociale ondersteuning, 155;
 - sociale selectie in, 84, 122 e.v., 153;
 - vermogen tot, xvii, 75, 156;
 - kromlijnig verband tussen ernst van problematiek en, 136, 154
- Hulpzoekgedrag, 119 e.v.;
 - als probleemoplossend gedrag, 148;
 - risikobenadering en, 88;
 - systeemtheoretiese benadering van, 151 e.v.;
 - theoreties model van, 161 e.v.
 - en fasenmodellen, xix, 129, 143 e.v.
- Hulpzoekrichting, 129
- Huisvrouwen, 82 e.v.
- Iatrogenese,
 - kliniese, 118;
 - strukturele, 42
- Identifikatiewaarde, 76
- Incidentie, 23, 71;
 - ware, 106
- Individualisering, 5, 80, 118
- Informatie, 5, 13 e.v.;
 - nuttigheidswaarde van, 16;
 - krities feedbacksysteem en, 4;
 - kwaliteit van, 15 e.v.
- Informatiebehoefte, 8, 12, 13, 21, 45 e.v.
- Informatiebron,
 - externe, 52 e.v.;
 - interne, 51, 52
- Informatieve waarde, 15
- Informele hulp, 156 e.v.
 - beschikbaarheid van, 157;

- gebruik in relatie tot professionele hulp, 43, 155 e.v.
- Intake, 39
- Intersubjectiviteit, 15
- Interveniërende variabelen, 74
- Jeugdwerkeloosheid, 5, 12, 73
- Keuze, 144
- Kompetentie, 24, 75
- Konsultatie, 117
- Konsumenten-onderzoek, 52
- Konsumptiegeeneigtheid, 133
- Konsumptienoodzaak, 132
- Konsumptiemogelijkheid, 133
- Kostenbesparing, -beheersing, 4
- Krisisinterventie, 117
- Kuratieve zorg, 115, 116
- Kwalitatief onderzoek, 24
- Kwaliteit van de zorg, 6
- Lichamelijk zieken, 82
- Lokalisatiewaarde, 76
- Lokalisering,
 - temporele, 76;
 - geografiese, 76;
 - sociale, 76;
- Maatschappij, 48
- Mantelzorg, 38
- Minor psychiatric disturbances, 81
- Morbiditeit, verborgen, 94
- Multikausaliteit, 24
- Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG), 11, 63
- Need, 39, 133
- Needs and demands, 40
- Needs assessment, 33 e.v., 57
- Neurotische stoornissen, 84, 112
- Nood, 38;
 - psychosociale, 38, 65
- Objectiviteit, 15
- Onderzoeksmethoden, -strategieën, 24, 51 e.v.;
 - socialle indikatorenbenadering, 54;
 - cohort-onderzoek, 50;
 - delphi-methode, 53;
 - diepte-interviews, 53;
 - dossier-onderzoek, 52;
 - groepsbenaderingen, 53;
 - hoorzittingen, 54;
 - map survey strategy, 53;
 - nominale groepsbenadering, 54;
 - panel-onderzoek, 50, 52;
 - registratie-onderzoek, 51, 52;
 - screeningsonderzoek, 53;
 - socialle kaart, 55, 56;
 - survey, 52
- Operationeel onderzoek, 18
- Opname, 34
- Opnamecijfers, 98 e.v.
- Opvatting, 139
- Organisatienivo's, 12
- Ouderen, 82
- Overkonsumptie, 94
- Patientenkarrière, 23
- Planning, 5, 21, 34
- Ploegenarbeid, 37, 87
- Praktijkrelevantie, 41
- Prevalentie, 23, 71, 92, 94;
 - jaar-, 105;
 - van depressiviteit, 112;
 - van suicides, 112;
- Preventie, xix e.v., 5, 62, 67;
 - primaire, xx, 37, 67, 77, 88, 115;
 - sekundaire, xx, 77, 89, 97, 98, 115;
 - tertiaire, xx, 118
- emancipatoire, 70;
- evaluatie van, 80;
- goodwill voor, 27;
- negatieve bij-effecten van, 77;
- en sociale ondersteuning, 156 e.v.
- Preventieve AGGZ, 32, 64, 67
- Preventieve optiek,
 - van dit boek, xix
- Preventieve waarde, 76, 77
- Prioriteiten, keuze van, 9
- Probleem, 8;
 - psychosociaal, 38;
- Probleemanalyse, 8, 13, 22;
 - van uitgangssituatie, 8, 13, 22, 36;
 - en analyse van doelstellingen, 9, 13, 22;
 - en prognose, voorspelling, 8, 13, 22, 25;
 - en keuze van prioriteiten, 9, 13, 22, 26
- Probleemoplossen, 6, 148;
 - cyclies karakter van, 154
- Probleemoplossend gedrag, 148;
 - typologie van, 148 e.v.
- Probleemverklaring, 9
- Probleemoplossend vermogen, 38, 42, 43, 78
- Professionalisering, xxii, 39, 40, 42
 - de-, retro-, xxii, 42
- Professionele hulp,
 - gelijke kansen op, 95
- Professionele psychosociale hulp, xxii
- Prognoses, 13
- Programma-evaluatie, 18, 28, 29, 33, 34
- Psychiatrische sociologie, 17, 18

- Psychosociaal, 39
- Psychosociale stoornis, 38
- Psychosomatische klachten, 86
- Public health, 68
- Publiekelijk verantwoording afleggen, 4
- Redundantie-analyse, 233
- Regionalisatie, xviii, 31
- Registratie, 6
- Registratiegegevens, 64, 89, 99; beperkte waarde van, 114
- Registratie-onderzoek, 51, 99
- Rendement, 12
- Retroprofessionalisering, 39, 42
- RIAGG, 32;
- Risico, 41, 65, 69;
 - psychosociaal, 37, 73;
 - kans-aspekt van, 68, 80;
 - subjektief, 70;
 - 'objektief', 70;
 - incidentie-, 71;
 - prevalentie-, 71;
 - absoluut, 71;
 - relatief, 71;
 - specifiek, 72;
 - algemeen, 72
- Risico-analyse, 66; maatschappelijk gebruik van, 66; planning en, 67
- Risikobenadering, 65;
 - hulpzoekgedrag en, 88;
 - kritiek op, 66;
 - multifactoriële denken in, 78;
 - nut van, 80;
 - als strategie van behoefte-analyse, 62;
 - theoretische basis van, 68
- Risikofactor, 23, 74 e.v.; voorbeelden van, 75
- Risikogroep, 8, 23, 49, 65, 72, 73, 123; hoge, 76
- Risico-indikator, 73 e.v.;
 - individuele, 74;
 - sociale, 74;
 - burgerlijke staat als, 85, 86
 - godsdienst als, 87;
 - leeftijd als, 85;
 - sexe als, 82, 83, 84 e.v.;
 - SES als, 82, 83, 86, 98;
 - urbanisatiegraad als, 82, 83, 87
- Risikokluster, 78, 82, 83;
 - additief, 78;
 - interaktief, 78
- Self-disclosure, 125, 159
- Sensitiviteit, 246
- Signaal, 62;
 - doorgeven van, 63;
 - interpretatie van, 64;
 - reactie, 64;
 - waarde, 76;
- Signaleren, signalering, xxii, xxiv, 32, 61, 117;
 - als maatschappelijke functie, 62
- Signalerend vermogen, versterken van, 63
- Signaleringsmethoden, 43
- Signaleringsonderzoek, 23
- Signaleringstaak, 61, 63
- Snijpuntbepaling, 245;
 - methoden van, 245;
 - multiple, 245
- Sociaal-ekonomiese status (SES), en psychosociale problematiek, 9, 82, 83, 86 e.v.; en hulpzoeken, xix, 125 e.v.
- Sociale epidemiologie, xxiii, 17 e.v., 17 e.v.;
 - probleem-analytische, 22;
 - en doelstellingen-onderzoek, 22;
 - probleem-beschrijvende, 22, 23;
 - probleem-voorspellende, 25;
 - probleem-verklarende, 22, 24;
 - en prioriteitsanalyse, 22, 25;
 - strategie-ondersteunende, 25 e.v.;
 - evaluatieve, 27;
 - instrumenteel-nomologische, 28;
 - en praktijkgerichtheid, 20, 21;
 - in relatie tot programma-evaluatie, 28, 29
- Sociale indicatoren, 54, 55
- Sociale integratie, 122
- Sociale isolatie, 37
- Sociale kaart, 55, 56
- Sociale klasse, SES, 9
- Sociale netwerken, 155
- Sociale normen, 140;
 - en konformeringsgeneigdheid, 140
- Sociale ondersteuning, xxi, 24, 43, 75, 78
- Sociale selectie, xix, 84, 94
- Somatisering, 118
- Specificiteit, 246
- Stigmatisering, 40, 77, 96, 117, 141
- Stoornis, psychosociale, xx, 38
- Strategie-ontwikkeling, 10, 80;
 - en genereren van alternatieven, 10;
 - en afweging van alternatieven, 10
- Stress, 75;
 - bronnen, 24, 78;
 - theorieën, 24, 145, 158
- Symptoomlijsten, 111

- Systeemtheorie, dynamiese, 151 e.v.
- Therapie, kortdurende, 117
- Toekomstonderzoek, 25
- Uitkeringstrekken, 82
- Uitvoerbaarheid, 10;
 - en middelen, 10
- Uitvoering, 11
- Vaardigheden, 164
- Validiteit, 15;
 - van epidemiologische kennis, 98;
 - epistemologische, 15;
 - implementaire, 15
- Veldteams, xxi, 117
- Verschuiving, 149
- Verwijzers, xviii, 117
- VOEG, 83
- Vroegtijdige onderkenning, 77
- Vroegtijdige hulpverlening, 117
- Vrouwenstudies, 53
- Wachtlijsten, 116
- Wachtlijstgroepen, 117
- WAO-ers, 5, 82, 86
- Werkelozen, 82, 86
- Wet Voorzieningen Gezondheids-
zorg, 26
- Wettelijke Regeling, 68, 73
- Ijsberg, psychosociale, 93, 105
- Ijsberg, top van, 93
 - AGGZ-behandeling als, 103 e.v., 113;
 - huisartspraktijk als, 92, 108 e.v.,
113;
 - opname als, 101 e.v., 113;
- Ijsbergfenomeen, 91 e.v.;
 - als artefakt, 110 e.v.;
 - en ernst van problematiek, 111;
 - echelonnering en, 100;
 - als metafoor, 92 e.v.;
 - en probleemoplossend gedrag, 150;
- Ijsberg-metafoor, 92 e.v.;
 - beleidsmatige betekenis, 114 e.v.
- Zelfhulpgroepen, xxi, 43
- Ziekte- en gezondheidsgedrag,
 - 129 e.v., 146
 - theoretische modellen van, 129 e.v.
 - beperkingen van de modellen, 135
- Ziektegeval, verloop van een,
 - 143, 144

Clemens Hosman werd op 13 juli 1947 in Schiedam geboren. Na het eindexamen gymnasium alpha, studeerde hij psychologie aan de Katholieke Universiteit (K.U.) te Nijmegen. In 1974 legde hij het doktoraal examen af in de sociale psychologie. De auteur is getrouwd en heeft een zoon.

Sinds 1974 is hij als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de K.U., met als specifiek taakgebied: Preventie en Sociale Epidemiologie. Binnen dit gebied gaat zijn belangstelling vooral uit naar de ontwikkeling van signaleringsmethoden, naar de theoretische onderbouwing van belangrijke keuzemomenten in het preventieve werk, en naar de relatie tussen onderzoek en praktijk.

Afgezien van het in dit boek gepresenteerde onderzoek, heeft hij in de periode 1969 - 1982 tevens geparticipeerd in een aantal andere survey-studies op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Thema's: houdingen en opvattingen ten aanzien van psychies gestoorden en psychies gestoorde delinquenten; hulpverlenings- en verwijzingsgedrag van eerstelijns werkers inzake psychosociale problematiek; inventarisatie en achtergronden van preventie-activiteiten in de Nederlandse Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

Hij is sinds 1977 tevens werkzaam bij de Protestantse Stichting voor de Geestelijke Gezondheidszorg te Nijmegen, thans opgegaan in de RIAGG-Nijmegen, aanvankelijk als bestuurslid en sinds enkele jaren als parttime preventiewerker. Vanuit deze functie was hij mede-oprichter van de Nijmeegse Werkgroep Preventie en Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Zowel landelijk als regionaal was hij betrokken bij de totstandkoming van de regionalisatie in de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ). Voorts is hij lid van de Landelijke Werkgroep Preventie en Onderzoek.

Binnen de vakgroep Klinische Psychologie neemt hij thans deel aan de volgende onderzoeksprojecten: 'Psychologie en de eerstelijnsgezondheidszorg', in samenwerking met het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, en aan het signaleringsproject 'Sociaal-epidemiologisch onderzoek naar verslaving en verwante psychosociale problemen'.

STELLINGEN

I

Omdat hulpzoekgedrag beïnvloed wordt door sociale selectiemechanismen, hebben registratiegegevens van de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (AGGZ) slechts een beperkte waarde voor het opsporen van risikogroepen in de bevolking. Bij signaleringsactiviteiten vanuit de AGGZ dient men zich daarom tevens te baseren op externe informatiebronnen. Bij de opstelling van een regionaal preventieplan vormen problemen die zich via de kuratieve AGGZ aandienen dan ook niet de enige legitimeringsgrond voor de keuze van doelgroepen.
(dit proefschrift)

II

Het beoordelen van de behoefte aan professionele psychosociale hulp dient niet alleen gebaseerd te zijn op individuele kenmerken van de hulpvrager en diens problematiek, maar ook op een analyse van de mogelijkheden voor informele hulp. Voor de intake bij AGGZ-instanties betekent dit, dat men bij de diagnostiek systematies dient na te gaan of hulpverleningsmogelijkheden in de informele sfeer voldoende zijn benut.
(dit proefschrift)

III

In de praktijk van de AGGZ speelt wetenschappelijk onderzoek slechts een marginale rol. Ten einde haar betekenis voor de kwaliteitsverbetering van de hulpverlening te vergroten, zou prioriteit gegeven moeten worden aan de ontwikkeling van kleinschalige en makkelijk toepasbare onderzoeksmethoden.
(dit proefschrift)

IV

Gegeven de beschikbare kennis omtrent de lichamelijke en psychosociale gevolgen van stresserende levensgebeurtenissen, is het voor mensen met een zeer intensieve baan gezonder hun vakantie te starten met een hobby die een zelfde werktempo vereist, dan direkt over te stappen op het grote nietsdoen.

V

Wanneer er door de AGGZ geen wegen gevonden worden, waarlangs cliënten, bevolking en eerste lijn een substantiële invloed kunnen hebben op haar preventie- en kuratiebeleid, dient het proces van regionalisering uiteindelijk als mislukt te worden beschouwd.

VI

In de discussies over de huisarts-psycholoog relatie en de ontwikkeling van een eerstelijnspsycholoog, zou meer aandacht moeten worden besteed aan de positie van de maatschappelijk werker.

VII

De belangrijkste ontwikkeling binnen de kliniese psychologie sinds 1965 is het ontstaan van de sociale kliniese psychologie, waarbinnen de sociale epidemiologie een essentiële rol vervult. In dit opzicht is de situatie in Nederland die van een ontwikkelingsland.

VIII

Ernstige psychosociale stoornissen, zoals deze te vinden zijn in psychiatrische ziekenhuizen, vormen voor preventiewerkers binnen de AGGZ slechts zelden een uitgangspunt voor de opzet van preventieprojecten. Om deze redenen zou het wenselijk zijn om in een preventieteam ook een sociaal-psychiater aan te stellen.

IX

Het feit dat gynaecologie een mediese en andragologie een sociale discipline is, zou door feministen als een bewijs kunnen worden opgevat voor de stelling dat in een mannenwereld bij de vrouw alleen het lichaam de moeite van het bestuderen waard is.

X

Door de ontwikkelingen op het terrein van de programmafinanciering prijzen universiteiten zich uit de markt, waar het gaat om nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen en de daaraan gekoppelde behoefte aan wetenschappelijke ondersteuning.

XI

Naarmate de overheid de subsidiëring van het lokale welzijnswerk verder terugschroeft, neemt de sociale functie van het postagentschap in de wijk toe.

XII

Het maken van een beeldhouwwerk en een dissertatie hebben veel procesmatige overeenkomsten. Het verschil is echter dat, naarmate het werk vordert, een beeldhouwwerk in omvang afneemt.

XIII

Uit het oogpunt van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) is het te betreuren dat het 'koekiemonster' uit de serie Sesamstraat geen tanden heeft.

Stellingen behorende bij het proefschrift van C.M.H. Hosman,
getiteld 'Psychosociale problematiek en hulpzoeken' (Nijmegen, 1983).

Sociaal-wetenschappelijke
proefschriften relevant voor de
hulpverlening



SWETS & ZEITLINGER B.V.